

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 48

DE
L'APPENDICITE

DANS
LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BAPTESTE

Né le 2 juin 1859, à Charolles (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BARBIER-MARILIER

40, RUE DES FORGES, 40

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 48

DE
L'APPENDICITE

DANS
LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BAPTESTE

Né le 2 juin 1859, à Charolles (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BARBIER-MARILIER

40, RUE DES FORGES, 40

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUMEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale	{	GAILLETON,
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	{	MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	{	CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	{	LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne	{	RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	{	TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	{	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale	{	POLLOSSON (M.)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique	{	LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur;

MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Ex-Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

La première idée de cette étude nous a été suggérée par notre ami et distingué confrère, M. Maurice Lagoutte, chirurgien en chef des usines du Creusot, ancien professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Dijon, qui a mis gracieusement à notre disposition deux observations inédites très intéressantes.

C'est M. Lagoutte, qui, mettant à profit pour nous le grand crédit dont il jouit auprès de son ancien maître M. le professeur Poncet, a bien voulu nous servir d'intermédiaire auprès de lui. C'est sur sa recommandation que M. le professeur Poncet nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous en sommes à tous deux profondément reconnaissant.

Tous nos remerciements iront ensuite à notre éminent confrère et ami M le docteur Breton, médecin de l'hôpital de Dijon, qui nous a dirigé dans notre travail avec la plus grande obligeance, et à qui nous devons nombre de très judicieux conseils.

Merci aussi à MM. les docteurs Broussolle, Fontagny, Virely, qui nous ont communiqué très gracieusement plusieurs observations inédites puisées dans leurs clientèles.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'appendicite, bien que le début de son étude soit de date relativement récente, a déjà fait couler beaucoup d'encre, suscité bien des discussions, on pourrait presque dire des querelles, au sujet de sa pathogénie, de son anatomie pathologique, de son traitement.

Chirurgiens et médecins ont, chacun de leur côté, mené le bon combat, les uns partisans de l'intervention rapide à tout prix et dans tous les cas d'appendicite, les autres temporisateurs à outrance, attendant d'avoir la main forcée. Dans ce tournoi nouveau, ce n'est pas toujours le chirurgien qui a poussé le plus loin l'audace du bistouri.

La lutte ne fut pas toujours courtoise, l'écho même en est parvenu jusqu'au public, qui s'est permis quelquefois d'avoir une opinion sur l'opportunité de l'intervention *à froid* ou *à chaud*.

Nous n'entreprendrons pas de faire le procès des uns et des autres, ni de départager personne, d'autres plus qualifiés que nous pourront peut-être le tenter ; du reste, toutes ces discussions sont trop récentes pour les juger avec impartialité.

Nous croyons que, là surtout, il ne faut pas avoir d'opinions trop intransigeantes, et que pour se décider ou non à l'intervention, il faut faire entrer en ligne de compte une série de considérations qui varient forcément avec chaque malade et les conditions multiples où il se présente à nous.

Notre tâche est plus modeste, nous nous sommes donné d'étudier l'appendicite dans les rapports qu'elle peut avoir avec la puerpéralité.

D'autres, avant nous, ont abordé ce sujet. Les premières observations datent de 1890, et nous viennent presque toutes d'Amérique ou d'Angleterre.

Citons, parmi les premiers observateurs : Wiggin, 1889; Stimson, 1890; Hirst, Mixter, 1891; Mundé, Mac Arthur, Harrisson, Bayley, Thomson, Noble, Howard Crutcher, Marx, Jarman, Wineberg, Penrose, Abbe, Schaie, Abrahams, William Bull, etc.

Il n'y avait, jusqu'en 1897, que les observations publiées par MM. Legendre, Tuffier, Maygrier, Budin, quand le 30 novembre 1897 parut à Lyon la thèse du docteur Bouiller, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet. Cette thèse, très intéressante, renferme vingt-deux observations, dont trois inédites de MM. Laroynne, Vinay et Bouveret. M. Vinay a publié dans le *Lyon médical* du 2 janvier 1898, l'histoire de quatre femmes atteintes d'appendicite pendant la période puerpérale (deux fois pendant la grossesse et deux fois pendant les suites de couches); une thèse soutenue à Paris par le docteur Jarca, le 13 janvier 1898, porte à vingt-neuf le nombre des observations connues à cette époque. Parmi ces dernières nous en relevons trois inédites dues à MM. Maygrier et Budin.

Un travail d'ensemble résumé par M. le professeur Pinard a été communiqué à l'Académie de Médecine le 22 mars 1898, on y trouve relevées quarante-cinq observations.

Nous avons rassemblé toutes les observations anciennes en les abrégeant autant que possible et en ne laissant en évidence que les points les plus saillants sur lesquels nous tenons à attirer le plus l'attention. Nous avons fait suivre ces observations des réflexions qu'elles nous ont paru comporter.

Nous avons cru devoir conserver les observations déjà publiées, pour mémoire et aussi pour y puiser des termes de comparaison et des renseignements utiles à nos statistiques. Nous avons pu rassembler, tant dans les deux thèses antérieures que nous venons de citer que dans les périodiques, cinquante-sept observations déjà parues; nous y avons joint quatre observations inédites que nous avons publiées in extenso: le n° 58, dû à MM. les docteurs Lagoutte et Virely; le n° 59, dû à M. le docteur Broussolle; le n° 60, dû à MM. les docteurs Breton et Lagoutte; le n° 61, dû à M. le docteur Fontagny.

Nous nous sommes efforcé, avec cet ensemble de

soixante et une observations, de contrôler les conclusions déjà formulées par nos devanciers et d'en tirer quelques-unes plus nouvelles.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs parties ordonnées de la façon suivante :

Anatomie normale de l'Appendice.

Anatomie pathologique.

Etiologie.

Symptomatologie.

Diagnostic.

Observations.

Pronostic.

Traitement.

Conclusions.



DE
L'APPENDICITE
DANS
LA PUERPÉRALITÉ

Anatomie normale de l'appendice

Nous ne voulons pas faire en détail l'anatomie de l'appendice, cette étude a été faite par nombre d'auteurs d'une façon très suffisante, nous ne pourrions que les répéter.

Nous nous bornerons à rappeler que l'appendice occupe la fosse iliaque droite, qu'il est situé sur la partie interne de la fosse, presque toujours en dedans du cœcum ou à la partie interne du colon ascendant, ses anomalies de situation le portent en dedans. Il se trouve donc très rapproché du bord externe de l'uretère. L'uretère correspondant assez exactement à une ligne verticale tombant sur le milieu de l'arcade de Fallope. Or, cette ligne passe, dit Tuffier (1), au point de Mac Burney, et ce point correspond aussi bien à l'appendice qu'à l'uretère. L'appendice est intra-péritonéal, l'uretère est sous-péritonéal.

Sa longueur, qui est en moyenne de 6 à 8 centimè-

(1) Semaine médicale, août 1899. Calcul de l'uretère ou de l'appendice.

tres, peut atteindre 10 à 12 centimètres ; Reclus en a enlevé de 17 centimètres ; on en a vu de 23.

Son insertion est généralement un peu en arrière du cæcum, un repli séreux, le méso-appendice, l'unit à lui ; il est entouré de toutes parts par le péritoine comme on le sait depuis les recherches de Trèves reprises par Tuffier.

Sa structure est celle du gros intestin. — Dans l'intérieur du méso-appendice, chemine l'artère appendiculaire, venant de l'artère iléo-colique.

Sa direction est intéressante à connaître, mais varie dans chaque cas particulier. L'appendice est quelquefois parallèle au bord du cæcum, quelquefois incliné à droite ou à gauche, mais dans la grande majorité des cas il est recourbé en arrière.

Les lymphatiques aboutissent à des ganglions au nombre de trois ou quatre situés dans l'épaisseur du méso-appendice « au niveau de sa base, dit Testut (1) » le méso-appendice présente un ganglion lymphatique, le ganglion appendiculaire. Clado considère « ce ganglion comme constant, il reçoit les lymphatiques de l'appendice.

« Chez la femme, le méso-appendice est relié aux « organes intrapelviens par un repli falciforme qui « vient se continuer avec le bord supérieur du ligament large correspondant. Clado, qui a signalé ce « repli sous le nom de ligament appendiculo-ovarien, « le considère comme établissant des communications « lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire » ; pour lui il serait constant ; certains auteurs, Bérard (2),

(1) Testut, Traité d'anatomie, tome III, 2^e fasc. p. 562.

(2) Cité par Dormoy, thèse de Lyon.

Aimé Guinard (1) Barnsby dans sa thèse, nient l'existence de ce ligament, qu'on ne trouverait, au dire de Lafforgue (thèse de Lyon) que dans 20 0/0 des cas.

Anatomie pathologique

Les lésions trouvées dans les différentes interventions ou dans les autopsies que nous rapportons varient naturellement beaucoup avec les variétés d'appendicites observées.

Au premier degré, on trouve seulement l'appendice en état de turgescence, il est rigide avec un réseau vasculaire injecté. L'organe est pour ainsi dire en érection ; parfois bosselé ou en chapelet. La muqueuse est épaissie, injectée, les parois infiltrées de cellules embryonnaires et de bactéries pyogènes en voie de migration vers la cavité péritonéale. Le colibacille tient la tête de ces micro-organismes.

C'est là ce que les Américains désignent sous le nom d'appendicite catarrhale ; nous en avons des exemples dans les observations VII, VIII, XXI, XXV, XXXIV, XXXVII, XLVII, XLVIII.

A une appendicite plus grave, qui détermine une péritonite localisée, correspondent des lésions plus avancées. On trouve, à l'examen de l'appendice, d'abord des ulcérations qui commencent à intéresser la couche muqueuse, puis la couche musculaire et enfin la couche séreuse. La séreuse infectée contracte des adhérences avec les viscères voisins. L'appendice

(1) Traité de chirurgie clinique et opératoire, tome VII, p. 502.

enflammé se colle au cœcum et au péritoine pariétal d'une façon très intime.

Si l'inflammation se localise, il se forme un abcès limité.

Les lésions de cet ordre sont les plus communes dans nos observations II, III, VI, IX, XIX, XXII, XXIV, XXXI, XXXII, XXXIV, L, LI, LIII, LIV, LV, LVIII, LIX.

Dans presque tous les cas que nous venons de citer, on trouve l'appendice non seulement ulcéré, mais perforé en un ou plusieurs endroits, quelquefois sphacélé sur une grande étendue, ou même séparé complètement du cœcum et nageant dans le pus.

Quand, au lieu d'occasionner une péritonite enkystée, l'appendicite amène une perforation rapide, et que le pus s'épanche dans la grande cavité péritonéale, il donne naissance à une péritonite suraiguë, et on trouve à l'autopsie les lésions signalées dans les observations :

I, de Stimson, où à l'ouverture du péritoine s'écoule une quantité considérable de sérosité louche ; où l'appendice perforé est en communication avec l'ovaire droit, le péritoine congestionné, mais non adhérent.

II, de Hirst, où l'on trouve aussi l'appendice perforé et où une grande quantité de pus s'échappe à l'ouverture du péritoine.

XIII, de Howard Crutcher, où des gaz et du pus s'échappent à l'ouverture du péritoine ; où l'appendice était perforé et communiquait par des adhérences avec la trompe de Fallope droite, et où, à leur jonction, existait une petite collection purulente ; les anses intestinales étaient adhérentes et englobaient le foie.

XXXIX, de Budin, où le pus a envahi toute la cavité

péritonéale jusqu'à la face inférieure du foie, où il existe des adhérences et des infiltrations du grand épiploon, où l'intestin est très dilaté par les gaz, l'appendice tout entier sphacélé, détruit.

XL, de Maygrier, où le péritoine à peine ouvert, il s'écoule du pus grumeleux d'odeur infecte, où les intestins congestionnés sont agglutinés.

XLI, de Budin, où il existe quantité de pus verdâtre, des adhérences épiploïques, intestinales, des perforations de l'appendice. L'utérus y est pâle, grisâtre ; le foie est pâle. L'examen bactériologique montre un micro-organisme ayant tous les caractères morphologiques du colibacille.

XLIX, de Porak et Schwartz, où il s'écoule un liquide séro-purulent, où l'appendice est sphacélé et la trompe droite rouge congestionnée.

LII, de Segond, où il existe du pus grumeleux, où l'appendice est gangrené.

LVI, où il s'échappe du liquide séro-purulent à l'ouverture du péritoine.

Etiologie

Jusqu'à présent on avait pu croire que l'appendicite coïncidant avec la grossesse était un fait exceptionnel ; on ne peut plus aujourd'hui conserver cette opinion.

L'appendicite guette la femme enceinte aussi bien au début de sa grossesse que dans le cours de la gestation ou dans les suites de couches.

Les observations se multiplient rapidement et bon nombre de cas pourtant restent inédits. Nous n'irons pas encore jusqu'à dire qu'il est certain que la puerpéralité prédispose à l'appendicite, ou en d'autres ter-

mes, qu'il existe une appendicite puerpérale ; mais on y viendra peut-être bientôt, quand on aura réuni un plus grand nombre de faits.

Nous savons que la fréquence de l'appendicite chez la femme est quatre fois moindre que chez l'homme ; faut-il, pour expliquer ce fait, invoquer la découverte de Clado, et doit-on penser, avec Hector Treub, que, au moment de la lutte entre la paroi appendiculaire et les microbes qui commencent à l'envahir, les lymphatiques de l'appendice, qui communiquent avec ceux du ligament large, se servent d'eux comme d'un déversoir utile ? Est-ce là une raison de cette fréquence moins grande chez la femme et surtout une cause de sa moindre gravité chez elle ?

Nous savons, d'autre part, qu'à partir du troisième mois de la grossesse l'utérus remonte dans le grand bassin ; la trompe contracte alors avec l'appendice des rapports beaucoup plus intimes. Il est donc naturel de supposer que ce voisinage, cette contiguité momentanée joue un rôle dans la pathogénie de l'appendicite chez les femmes enceintes.

La congestion considérable des organes génitaux pendant la grossesse doit certainement réagir sur l'intestin, occasionner une pléthore dans la circulation intestinale. Elle doit augmenter la constipation, et par là préparer l'appendicite chez les prédisposées.

Il est d'autant plus naturel de supposer que le voisinage d'une grossesse joue un rôle dans la pathogénie de l'appendicite, que si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que 32 fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas que nous relatons, c'est du 3^e au 6^e mois que survient l'appendicite, c'est-à-dire au moment où les rapports des annexes avec l'appendice sont plus intimes.

La femme enceinte, indépendamment des causes étiologiques provenant de son état spécial, est sujette à toutes celles que l'on a l'habitude d'invoquer en dehors de l'état puerpéral.

L'hérédité joue un rôle manifeste, nous en trouvons deux exemples : 1^o dans l'observ. 59 que nous publions, où le frère de notre malade a été atteint six semaines auparavant d'une appendicite, 2^o dans l'observ. 61, où le père de la malade a eu, au cours de son existence, deux atteintes d'appendicite.

Les calculs appendicitaires, dit Dieulafoy sont une des causes communes de l'appendicite, et il incrimine l'arthritisme. La malade de l'observ. 59 en fournit encore un exemple, car depuis son attaque, qui date de 18 mois à peine, elle a été atteinte quatre fois de coliques de foie.

La tuberculose, les troubles intestinaux, la constipation habituelle surtout que nous trouvons incriminée dans 27 cas alors que dans 3 cas seulement : l'observ. 7 de Bayley, l'observ. 33 de Bouveret, l'observ. 44 de Budin, nous voyons constater la diarrhée.

Les excès alimentaires sont mis en cause, les écarts de régime : témoin notre malade de l'observ. 60, qui a mangé, la veille de sa crise, une *boîte* de dragées.

L'entérocolite muco-membraneuse, malgré l'opinion de M. le professeur Dieulafoy, est notée dans les observations : 32, de Legendre, 38, de Vinay, et surtout dans l'observation 60, de Breton, où l'auteur insiste à plusieurs reprises sur la colite muco-membraneuse que de tout temps a présenté la malade. Dans cette observation, comme le rapportent aussi d'autre part Talamon et Brun (1), l'entérocolite a persisté

(1) *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, t. VII, p. 501.

après la guérison. Il n'y a donc aucune bonne raison pour ne pas admettre, comme le veut Beaussénat (1) que « le mode d'infection le plus habituel est l'infection descendante d'origine intestinale ».

Les traumatismes, les sports violents y prédisposent, nous en avons un exemple dans l'obs. 26 d'Abrahams.

Les maladies générales, rougeole, oreillons, varicelle, fièvre typhoïde, grippe, etc., voient survenir l'appendicite à titre de complications. On a vu une recrudescence du nombre des appendicites dans une épidémie de grippe.

Rappelons enfin, à propos de la question d'étiologie, l'opinion de Dürhossen de Berlin (2) qui prétend « que
« l'appendicite peut produire une affection inflamma-
« toire des annexes par l'intermédiaire du ligament
« appendiculo-ovarique et que les lésions des an-
« nexes peuvent également se propager par ce même
« ligament: »

Il serait intéressant, comme le disait M. le professeur Dieulafoy (3), de connaître l'influence de la puerpéralité sur la virulence du colibacille et sur la toxicité de ses produits.

Il faudrait rechercher si la grossesse occasionne une exaltation de la virulence ou une augmentation de la toxicité.

(1) Thèse de Paris, 1897.

(2) *Société allemande de chirurgie*, avril 1899.

(3) *Académie de médecine*, mars 1898.

Symptomatologie

Examinons comment peuvent varier les symptômes de l'appendicite dans la grossesse, avec les divers types cliniques que l'on peut rencontrer, et pour cela, prenons un cas type chez une femme enceinte.

Le début peut avoir lieu en pleine santé sans cause apparente, ou après un embarras gastrique bien établi; il survient aussi à la suite d'une entérocolite comme dans les observations de MM. Legendre, Vinay, Breton.

Il peut être subit ou à évolutions successives.

La douleur appendiculaire n'éclate presque jamais brusquement, elle débute généralement d'une manière insidieuse et met cinq à six heures pour atteindre son apogée. Localisée d'abord au point de Mac Burney, elle s'irradie ensuite dans toutes les régions voisines, surtout à l'épigastre et dans toute la région du globe utérin. La douleur n'est pas limitée comme habituellement dans l'appendicite à la fosse iliaque droite, elle est plus généralisée, et ce n'est qu'en pratiquant avec soin l'examen, que l'on peut remarquer un maximum au point de Mac Burney.

La malade est dans le décubitus dorsal, les cuisses repliées sur l'abdomen; elle ne peut remuer les jambes sans douleur, ni se mouvoir dans son lit. Le faciès est altéré, grippé.

Il existe des nausées d'abord, puis surviennent des vomissements qui, alimentaires et muqueux au début, deviennent ensuite glaireux, verdâtres et enfin porracés.

Le pouls offre un intérêt tout particulier à observer;

il est ici très important, il est généralement petit, filant, rapide ; il peut atteindre 120 à 140 pulsations à la minute.

La température peut osciller entre 38° et 39° dans les cas graves ; mais généralement elle reste normale, et dans la plupart de nos observations, nous avons pu relever une discordance frappante entre le pouls et la température. C'est souvent dans les cas les plus graves que nous voyons cette dissociation être très accusée. Il n'est point rare, dans une péritonite généralisée, de constater de l'hypothermie coïncidant avec un pouls battant 140 pulsations.

Les rémissions arrivent généralement vers le troisième ou quatrième jour.

La malade alors paraît aller mieux, mais ce n'est souvent qu'une accalmie traîtresse, le faciès reste alors grippé, le pouls petit et rapide. C'est à ce moment qu'apparaît le pus et que survient la péritonite, qui tend soit à la localisation, soit à la généralisation.

Quand on procède à l'examen de la malade par le palper, on rencontre une grande difficulté provenant de la présence du fœtus, et souvent c'est à peine si on perçoit un peu plus de résistance de la paroi. Par la percussion, on obtient aussi peu de résultat, à peine seulement un peu de matité.

À la vue, on constate assez souvent une sorte de *bombement*, de saillie du flanc droit.

Le toucher vaginal est souvent négatif, on se sert quelquefois de ce fait pour le diagnostic différentiel de l'appendicite avec les affections des annexes droites.

Le toucher rectal peut aussi être négatif, mais il faudra le pratiquer avec soin, car il pourra à l'occasion, comme dans l'observation LVIII de M. Lagoutte, révéler la présence du pus.

« Les urines, comme le dit M. Tuffier (1), dimi-
« nuent de quantité, l'oligurie peut faire place à l'anu-
« rie si les accidents péritonéaux deviennent graves.
« Les sels et les matières colorantes de l'urine peu-
« vent augmenter dans des proportions telles que la
« couleur peut en imposer pour une hématurie, mais
« il n'y a pas hématurie vraie. »

L'appendicite peut évoluer de bien des façons diffé-
rentes, elle peut être bénigne et ne donner lieu qu'à
des symptômes atténués. Les douleurs sont alors
localisées à la région appendiculaire, elles sont peu
violentes et n'atteindront pas une grande intensité.
La fièvre est nulle ou à peu près. L'examen méthodi-
que du ventre permet, dès les premières heures de la
maladie, de localiser le maximum au point de Mac
Burney. Dans cette région, la défense et l'hypères-
thésie cutanée sont facilement appréciables. Le pro-
nostic de cette variété est impossible à faire ; elle peut
aboutir dès le troisième ou le quatrième jour à la péri-
tonite généralisée ou disparaître sans laisser de
traces.

Dans une deuxième catégorie, plaçons les appendi-
cites qui trahissent d'emblée leur gravité par des
allures bruyantes. En quelques heures, quelquefois
en moins d'une journée, les douleurs de la fosse
iliaque droite acquièrent une très grande intensité.
La température monte, elle oscille entre 38° et 39° ; le
pouls est rapide, il n'est pas rare qu'il atteigne 120 à
140 pulsations ; les vomissements sont précoces et
fréquents. Le ventre, plus ou moins ballonné, est

(1) Calcul de l'uretère et de l'appendice, *Semaine médicale*,
août 1899.

douloureux en des régions diverses, souvent autour de l'ombilic ; mais si l'examen est méthodique, on ne tarde pas à s'apercevoir que c'est à la région appendiculaire que la *triade douloureuse symptomatique*, comme le dit M. le professeur Dieulafoy, apparaît à son maximum : *douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire, hyperesthésie cutanée*. On trouve un peu de matité à la pression ; quand l'abcès est constitué, on sent à la palpation un empatement caractéristique au devant du cœcum ; c'est dans cette variété que nous pouvons ranger la majeure partie des cas que nous citons.

Dans une troisième catégorie, nous nous trouvons en présence d'une perforation de l'appendice survenant inopinément dans un état de santé en apparence parfaite, ou consécutive à une appendicite ayant évolué jusque-là d'une façon sourde.

L'ulcération de l'appendice s'est faite sans donner lieu à aucun symptôme subjectif ; on voit apparaître soudainement tous les signes de l'infection péritonéale suraiguë ; l'état de shock est constitué. La triade symptomatique existe, mais elle est masquée par d'autres symptômes qui dominent la scène. La douleur est généralisée à tout l'abdomen ; il y a le plus souvent hypothermie, c'est alors que l'on constate la teinte subictérique des urines, l'urobilinurie et même l'albuminurie.

Dans ces différentes variétés d'appendicites, que devient la grossesse ? Il y a généralement avortement, la grossesse est interrompue dans la plupart des cas, on la voit pourtant quelquefois continuer d'évoluer jusqu'au terme, mais souvent encore à ce moment, l'enfant meurt d'infection contractée *in utero*, ou succombe quelque jours après.

La délivrance est normale dans la généralité des cas ; cependant nous voyons dans les observations 36, de M. Vinay, 33, de M. Bouveret, assigner à l'appendicite un rôle étiologique dans l'infection survenue *post-partum*.

M. Sirdey (1) signale la néphroptose au nombre des affections pouvant accompagner l'appendicite. Comme le rein mobile se rencontre très fréquemment au cours de l'entérite muco-membraneuse, et que l'appendicite relève souvent de cette dernière affection, il y a peut-être là un rapport plus important qu'on ne serait tenté de le croire.

Diagnostic

Maintenant que l'on commence à s'entendre sur le traitement, le point capital est de faire un bon diagnostic, et surtout de le faire de bonne heure. C'est, en effet, grâce à un diagnostic précis qu'il nous est permis de décider l'intervention chirurgicale à temps, ou de l'ajourner.

Le diagnostic de l'appendicite dans la grossesse, quand les symptômes ne coexistent pas tous en même temps, n'est pas toujours facile ; la présence du fœtus vient souvent l'obscurcir.

Quelles sont les maladies que l'on peut confondre avec l'appendicite ?

1° D'une façon générale, toutes les maladies qui se compliquent de coliques et de vomissements ;

2° Toutes celles qui se manifestent par des douleurs

(1) Société médicale des hôpitaux, mars 1897.

violentes et de l'empâtement de la fosse iliaque droite.

Nous citerons entre autres : la *colique néphrétique* comme dans notre observation 58, où à deux reprises, la femme atteinte de coliques appendiculaires fut traitée pour des coliques néphrétiques.

La colique hépatique et les affections du foie ont des symptômes qui leur sont propres, ictères, décoloration des selles, urines pigmentées, etc. Dans les cas précédents, du reste il n'y a généralement pas de fièvre.

Les vomissements incoercibles de la grossesse ne déterminent que de la douleur aux attaches diaphragmatiques ; et si on peut constater à un moment donné, une accélération du pouls, on ne constate pas d'élévation de la température, si ce n'est à la période ultime.

Dans les *affections aiguës des annexes*, les douleurs siègent généralement moins haut que dans l'appendicite. Les irradiations douloureuses dans l'appendicite ont lieu le plus souvent dans tout l'abdomen ; leur exagération et l'empâtement au point de Mac Burney sont de bons caractères distinctifs. Le toucher vaginal ne réveille pas une aussi grande douleur ; les culs-de-sac sont libres dans l'appendicite ; tandis que dans l'annexite, ils sont souvent indurés, et la souffrance est surtout exagérée par le toucher bi-manuel. Enfin, la douleur est plus subite dans l'appendicite, et quand on ne trouve pas dans les commémoratifs de passé génital, il y a lieu de songer plus particulièrement à l'appendicite.

La fièvre typhoïde (1) peut débiter brusquement avec des vomissements plus ou moins abondants, plus

(1) Fièvre typhoïde et appendicite. Moizard. J. Lucas-Championnière, juillet 1899.

ou moins répétés, accompagnés de douleurs si intenses dans la fosse iliaque droite, et si nettement limitées au point de Mac Burney, que le diagnostic d'appendicite peut paraître s'imposer pendant quelques jours. Les éléments du diagnostic sont les suivants : dans les cas de fièvre typhoïde à début pseudo-appendiculaire, la défense abdominale à la pression est beaucoup moins vive, beaucoup moins marquée que dans l'appendicite, l'hypéresthésie de la paroi moins prononcée ou nulle, enfin les symptômes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se montrent dans une appendicite d'emblée, d'apparence aussi grave. Le faciès a le caractère abdominal typique.

Il y a discordance entre les phénomènes réactionnels si intenses, et le faciès du malade qui n'est pas celui qu'on rencontre dans les appendicites graves nécessitant une intervention précoce. Au bout de quelques jours l'orage se calme, et la fièvre typhoïde suit son cours. La méthode de Widal ne donne pas le plus souvent de résultat, vu le début trop précoce de la maladie.

L'hématocèle sera éliminée par un examen attentif.

La rupture d'une grosseur tubaire présentera des caractères spéciaux qu'il faudra bien analyser : le ramollissement du col, les phénomènes du travail, les hémorrhagies coïncidant avec des signes de grossesse.

Dans la grossesse extra-utérine, l'erreur de diagnostic qui pourrait amener le chirurgien à faire une laparotomie ne serait pas grave, puisque la même intervention serait utile dans les deux cas.

L'occlusion intestinale pourra plus facilement être confondue, au moins dans les premiers jours, avec

l'appendicite, et le diagnostic pourra rester quelque temps en suspens, surtout quand la malade aura déjà présenté, à une époque antérieure, de l'occlusion par invagination, avec élimination du bout sphacélé, comme nous le rapportons dans notre observation n° 60.

L'absence de gaz et de matières a toujours été considérée comme le signe pathognomonique de l'occlusion; dans l'appendicite, les selles et les gaz sont souvent supprimés aussi d'une façon absolue; ce sera encore une cause d'erreur difficile à éviter.

Calcul de l'uretère et de l'appendice (1). Le diagnostic différentiel sera très difficile dans certains cas. On se basera surtout sur les symptômes urinaires, caractérisés par l'hématurie macro, ou microscopique pendant les crises, ou dans leur intervalle. D'ailleurs, les calculs de l'appendice peuvent se rencontrer souvent chez les graveleux. Il faudra donc tenir compte des coliques antérieures, de l'élimination antérieure de calculs ou de sable.

Dans la colique néphrétique, on peut avoir des douleurs violentes, atroces, siégeant dans la fosse iliaque droite, irradiées vers l'épigastre, les lombes, la cuisse, s'accompagnant de fièvre, de sueurs profuses, de vomissements glaireux, verdâtres, abondants et répétés. Pendant l'accès, il peut y avoir de l'oligurie.

Dans la fosse iliaque, la région douloureuse peut avoir un maximum au point de Mac Burney. On peut même avoir de l'empâtement, de la tuméfaction. Tous ces signes peuvent être ceux d'une appendicite. Il faudra donc, avec grand soin, examiner les urines et surtout rechercher les hématies au microscope.

(1) Tuffier. Loco citato.

Dans l'entérotyphlocolite, la douleur dans la fosse iliaque droite est exceptionnelle; ordinairement tout le ventre est douloureux, et les malades indiquent comme siège de la douleur le colon descendant ou transverse; il n'y a ni hyperesthésie cutanée, ni contracture musculaire, comme dans l'appendicite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Stimson 1890 (1)

Mrs R..., 35 ans, 7 enfants. — Grossesse de 3 mois. Prise le 31 juillet 1890 d'une douleur intense, avec maximum au point de Mac Burney. La patiente, à 3 reprises depuis le commencement de sa grossesse, a perdu du sang qui venait de l'utérus. Le cul-de-sac droit est empâté, aussi le médecin traitant songe à la rupture d'une grossesse extra-utérine. 12 heures après le début de la douleur T = 38.3. Le ventre est rigide, sonore, modérément distendu. Les 3 ou 4 dernières années, la malade a eu à plusieurs reprises des crises douloureuses siégeant dans le bas ventre. Diagnostic : péritonite aiguë de cause appendiculaire. Incision médiane. Il s'écoule à l'ouverture du péritoine une quantité considérable de sérosité fluide, trouble, floconneuse. Appendice très congestionné, en contact avec l'ovaire droit; à l'union du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen, siège une escharre foncée, large de 1/4 de pouce. Autour de celle-ci, on voyait une zone de fibrine blanchâtre, qui s'étendait sur l'ovaire droit. L'appendice fut lié, réséqué; drain, tampon de gaze iodoformée. Convalescence sans incident.

L'appendice avait les parois épaissies, la muqueuse atteinte d'inflammation catarrhale. L'escharre était perforée à son centre.

Remarquons que les hémorrhagies utérines qui se

(1) New-York, *Medical Journal*, 25 octobre 1890, p. 449.

renouvelèrent à chacune des époques menstruelles, alors que l'âge de la grossesse n'était que de 3 mois, pouvaient en imposer pour la rupture d'une grossesse extra-utérine. La femme ayant eu déjà des crises d'appendicite, le diagnostic présentait quelques difficultés, mais dans les deux cas, la laparotomie s'imposait.

Notons ce contact qui existait entre l'appendice et l'ovaire droit, et cette zone de fibrine blanchâtre qui s'étendait sur l'ovaire droit, cela viendrait à l'appui de l'opinion qui explique l'infection de l'appendice par l'utérus et *vice versa*, non seulement par contiguïté, mais aussi par continuité.

OBSERVATION II. — B. c. Hirst 1890-91 (1)

Mrs X... — Grossesse de quatre mois et demi. Douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, abdomen tendu. T. = 38.3. Le lendemain les symptômes s'aggravent, on opère ; à l'ouverture du péritoine, une grande quantité de pus s'échappe. Appendice perforé, guérison. Accouchement à terme d'un enfant bien portant.

OBSERVATION III. — Mixter 1891 (2)

R. M..., 32 ans. — Grossesse sept mois. Violentes douleurs abdominales ; elle expulse alors un fœtus mort et reste au lit un mois, les douleurs continuent. Mixter perçoit une tumeur ; laparotomie ; il trouve une masse dure qui refoule les intestins vers la ligne médiane ; en la séparant du cœcum, un abcès de la grosseur d'une noix se présente, on l'ouvre, il contient deux scybales fécales dures. De l'abcès, un cul-de-sac conduisait jusqu'au rein. L'appendice fut trouvé au milieu des tissus en-

(1) Proc. Philad. *Obstetric. Soc.*, 1890-91.

(2) Boston, *Med. and Surg. J.* tome 125. 1891, p. 97.

flammés. Résection de l'appendice. Gaze iodoformée. Forte attaque de bronchite après l'opération.

Mixer se demande si la fausse couche n'a pas été occasionnée par la péritonite ?

Ne pourrait-on, avec autant de raison, se demander avec M. Vinay si ce ne serait pas la fausse couche et l'influence d'un fœtus mort retenu dans la cavité utérine qui auraient occasionné l'appendicite ?

OBSERVATION IV. — Frederick-H. Wiggin, 1891 (1)

Mrs A..., 35 ans. — Constipation opiniâtre. Grossesse de trois mois. Le 21 juillet, vomissements. Le 24, nausées et constipation persistent. Le 26, P. = 100, T. = 37°2. Le 27, pour la première fois, douleur au point de Mac Burney, pas de tuméfaction. Le 28, la douleur au point de Mac Burney a disparu, elle est remplacée par une douleur ovarienne gauche. Abdomen distendu, on ne perçoit ni tumeur, ni douleur à la palpation. L'après-midi, survient un frisson, T. = 39°4, P. = 126.

Elle refuse l'opération, une péritonite généralisée se déclare, elle meurt le 31.

L'autopsie confirme grossesse et appendicite, avec perforation de l'appendice et du cœcum.

OBSERVATION V. — Mundé, 1894 (2)

Mrs F... — Enceinte de 8 mois, présente le 22 septembre 1894 tous les phénomènes du travail. T. = 40°, P. = 120. Depuis huit jours elle se plaint d'une douleur des deux côtés de la ligne médiane. Le 21 elle se localise à droite. Grand frisson. Le 22, avortement. L'enfant était mort depuis vingt-quatre heures. Délivrance normale, mais état de subdelirium, prostration. Je diffère l'opération que rien ne paraît réclamer sur l'heure, craignant la répercussion de l'accouchement.

(1) *Medical record*, 23 janvier 1892, p. 109.

(2) *Medical record*, New-York, 1894, p. 678.

Le 27, la température remonte à 38°8, la pesanteur augmente dans la fosse iliaque. Le 28, ouverture de l'abcès, drainage de la plaie. Guérison.

OBSERVATION VI. — Mundé, 1895 (1)

Mrs H. S..., multipare. — A présenté déjà des phénomènes d'appendicite. Le 30 septembre 1895, elle accouche d'un monstre anencéphale. Placenta adhérent à la corne droite utérine. Le 2 octobre, vomissements, douleurs iliaques droites. Rien au toucher. Tout va bien jusqu'au 5. A cette date tympanisme. T. = 38°3, P. = 112.

Le 6, laparotomie. Appendice perforé. Adhérences des intestins. Mort trois jours après.

OBSERVATION VII. — Bayley, 1895 (2)

Mrs C. E..., trente ans, mère de trois enfants. — Le 8 novembre, enceinte de six mois. Douleurs localisées à la région cœcale, diarrhée, vomissements. Point de Mac Burney très sensible. Je fais le diagnostic d'appendicite. Traitement médical jusqu'au 11. Du 12 au 18 la T. a varié de 38°3 à 40°. A partir de cette date, elle redescend à la normale. La douleur disparaît du point de Mac Burney. Guérison complète. Accouchement normal à terme.

C'est le seul cas, avec celui de M. Bouveret (observation 33) de nos 64 observations, où la diarrhée ait été signalée comme accompagnant les symptômes ordinaires de l'appendicite.

Cette observation semblerait plaider en faveur de la non-intervention.

(1) *Medical record*, 1895, p. 609.

(2) *Medical record*, 1895, p. 342.

OBSERVATION VIII — Thomsson, 1895 (1).

Mrs X... 20 ans. — Grossesse, 9 mois. Le 3 avril, douleur subite au point de Mac Burney. Constipation. Vomissements. Le 4, douleur atroce, T. = 40, P. = 132. Rien au toucher, rien à la palpation. Diagnostic : Appendicite. Jusqu'au 30 les phénomènes varient peu. Traitement médical.

Le 30, accouchement spontané en O. I. G. A.; enfant vivant. Le placenta présente une dégénérescence calcaire. Quelques semaines plus tard on retrouve encore de la douleur dans la région cœcale. Est-ce une appendicite ou une inflammation du duplacenta?

OBSERVATION IX — Mundé, 1895 (2).

Mrs X... — Grossesse de 5 mois. Constipation habituelle. Douleur intense dans la fosse iliaque droite. T. = 38.8. Matité au point douloureux. Trois jours après, fausse couche. Apaisement momentané pendant 24 heures de la douleur, qui reprend ensuite. Opération. Absès de l'appendice, limité par des adhérences intestinales. Pus odorant. Mort 12 heures après.

OBSERVATION X. — Mac Arthur, 1895 (3).

Mrs Thérèse B.. 34 ans. 3 enfants, enceinte de 4 mois 1/2. — Bonne santé antérieure. Depuis 3 semaines douleurs localisées dans région inguinale et iliaque à droite. Vomissements. Constipation opiniâtre T. = 37°2. P. = 122. Resp. = 26. Le 11 novembre, tumeur à droite. On incise, il s'écoule du pus fétide. On trouve l'appendice dans une masse d'intestins agglutinés. On n'enleva pas l'appendice. Drainage. Le 13 l'avortement se prépare, il se fait le 14. L'infection continue, la femme meurt le 16, dans l'après-midi.

(1) Medical Record.

(2) Cité par Abrahams.

(3) American Journal of Obstetrics.

OBSERVATION XI. — Mac Arthur, 1895 (1).

Mrs M. C. R. 21 multipare. — Enceinte de 4 mois 1/2, se plaint depuis le 17 janvier, 1894 d'une douleur localisée dans la fosse iliaque droite. Vomissements frissons, fièvre, constipation. P. = 120. T. = 39°4. Resp. = 38. Physionomie anxieuse, ventre ballonné. Au toucher le col est mou, étalé; dans le cul-de-sac droit, on sent une tension sans saillie. Diagnostic : abcès appendiculaire ou rupture d'une grossesse tubaire. Opération : on trouve un abcès dont l'utérus formait la paroi postérieure. L'appendice gangrené. La cavité drainée. Le lendemain, avortement. Expulsion d'un fœtus mort. Le surlendemain, mort de la femme.

OBSERVATION XII. — Archibald Harrison, 1895 (2).

Mrs S... — Multipare. Enceinte de 5 mois. Constipation habituelle. Le 14 juillet 1894 purgation drastique. Aussitôt douleur dans la fosse iliaque droite. Fièvre, frissons, abdomen tendu. Le 15, localisation, on sent une induration. Le 16, frisson et douleurs augmentent. Le travail de l'avortement commence. T. = 40°. Vomissements. Expulsion du fœtus le lendemain, délivrance facile. Redoutant le shock, on n'opère que le 22. Ouverture de l'abcès. Drainage de la plaie. Guérison rapide.

OBSERVATION XIII. — Howard Crutcher (3).

Jeune fille de 17 ans, appelle Crutcher le 1^{er} août. A été prise, dit-elle, de crampes d'estomac, vomissements, constipation. Le 19 juillet, avortement de deux mois pour lequel on pratique un curetage. Le 1^{er}, mauvais état général. Constipation opiniâtre. Délire léger. T. = 39°. P. = 160, abdomen distendu. Diagnostic métrite septique. Le 3 août, ouverture du péritoine, il s'échappe

(1) Journal of Obstetrics, New-York, 1895, p. 185.

(2) Medical Record, New-York, 5 janvier 1895, p. 29.

(3) Medical Record. 1896 p. 464.

des gaz et du pus en abondance. La cavité de l'abcès était isolée. L'appendice perforé communiquait par des adhérences avec la trompe de Fallope droite; à leur jonction existait une petite collection purulente. Les anses intestinales étaient adhérentes et englobaient le foie. La patiente mourut 3 heures après l'intervention.

Dans les 4 observations qui précèdent celle-ci, comme dans la majorité des cas, du reste, l'appendicite a précédé l'avortement; mais ici comme dans le cas de M. Vinay (Observ. 38), le curetage et l'infection utérine pourraient bien être mis en cause, comme ayant déterminé l'appendicite.

Remarquons en passant, une fois de plus, ce fait déjà signalé dans l'observation I, savoir que l'appendice communiquait par des adhérences avec la trompe droite de Fallope, et qu'à leur jonction existait une petite collection purulente.

OBSERVATION XIV. — Noble, 1896 (1).

Mrs X... — Est atteinte d'appendicite au moment du travail on trouve comme lésion une péritonite enkystée, traitée par l'incision et le drainage. La femme guérit. Enfant vivant.

OBSERVATION XV. — Marx, 1896 (2).

Mrs X... — Grossesse arrivée au 9^e mois. On trouve comme lésion une péritonite enkystée traitée par l'incision et le drainage. La femme guérit. Enfant vivant.

(1) American Journal of Obstetrics, p. 263.

(2) Medical Record, 1896, p. 461.

OBSERVATION XVI. — Jarman, 1896 (1)

Mrs X... — Grossesse de 4 mois 1/2. — Incision et drainage. La mère guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION XVII. — Wineberg 1896 (2)

Mrs X... — Enceinte de 8 mois. — Péritonite enkystée d'origine appendiculaire. On pratique incision et drainage. La mère guérit.

OBSERVATION XVIII. — Penrose, 1896 (3)

Mrs S..., 33 ans, multipare. — Le 30 avril, fausse couche. Elle est restée malade depuis. Dernières règles le 6 août. Le 21 septembre, douleurs violentes généralisées dans tout l'abdomen. Le lendemain, douleurs et empâtement se localisent dans la fosse iliaque droite, frissons, fièvre, hémorrhagie vaginale légère. On diagnostique grossesse compliquée d'appendicite aiguë. On opère le 14 novembre. L'appendice enlevé était perforé par une concrétion fécale qui ressemblait à un noyau de prune. La malade a guéri.

OBSERVATION XIX. — Penrose, 1896 (4)

Mrs J. S..., 35 ans, 7 enfants. — Grossesse de 7 mois 1/2. En 1894, au mois de juillet, douleurs généralisées, puis localisées dans la fosse iliaque droite. Le 20 août, elle accouche; on perçoit alors une tumeur allant des côtes au ligament de Poupert du côté droit. La douleur diminue d'intensité jusqu'en février 1895, époque où cette femme redevient enceinte. Les douleurs revinrent si violentes qu'en mai, les médecins provo-

(1) Medical record, 1896.

(2) College of Physicians, Philadelphie, 1896.

(3) American journal of Obstetrics, New-York, février 1896.

(4) Medical record, 1896.

quent un accouchement prématuré. Douleur et gonflement persistent. Au mois d'octobre elle entre au « Guyecean hospital », on perçoit un utérus augmenté de volume. La trompe droite et l'ovaire légèrement adhérents. L'ovaire gauche est kystique, on sent sur le fond de l'utérus une masse ressemblant à un fibrome. Le muscle droit est rigide. On fait une laparotomie médiane qui permet de vérifier l'exactitude du diagnostic. L'appendice adhère à la partie postérieure de l'abdomen, il est dur comme un cordon. On enlève les deux trompes, les ovaires, la masse qui est au-dessus de l'utérus et l'appendice. La convalescence fut régulière. Une semaine après l'opération, le muscle droit, qui était resté rigide jusque-là, cessa de l'être.

C'est le seul cas où l'accouchement prématuré ait été pratiqué comme traitement de l'appendicite; les résultats obtenus ne pourront que nous engager à n'y avoir jamais recours dans l'avenir.

OBSERVATION XX. — Schaïé (1)

Mrs B..., 24 ans, secondipare. — Enceinte de 7 mois. Se plaint depuis quelque temps de douleurs dans le côté droit quand l'enfant remue. Le 1^{er} octobre, T = 38, P = 84. Douleur localisée au point de Mac Burney. Matité pour la première fois. Traitement : glace et opium. Le 20, accouchement prématuré d'un enfant de 7 mois 1/2 qui vécut 6 jours. Il mourut faute de soins et de nourriture. La femme guérit après l'accouchement. Diagnostic porté : appendicite catarrhale.

OBSERVATION XXI. — Wineberg, 1896 (2)

Mrs X...—Atteinte d'appendicite au cours d'une grossesse de 9 mois. Aucune intervention chirurgicale ne fut tentée. La mère guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

(1) Cité par Abrahams.

(2) Cité par Marx in Medical Record.

OBSERVATION XXII. — Abbe, 1897 (1)

Mrs X...— Enceinte de 7 mois, est atteinte d'appendicite qui détermine une péritonite généralisée, traitée par l'incision et le drainage. La femme guérit et accoucha d'un enfant vivant.

OBSERVATION XXIII. — Abrahams, 1897 (2)

Mrs X... — Grossesse de 9 semaines, douleurs violentes dans la région cœcale, constipation opiniâtre. La femme avorte le 3^e jour. Après un apaisement momentané, les douleurs augmentent. On l'opère 8 jours après sa fausse couche. Mundé trouve un gros abcès appendiculaire rempli de pus fétide. Un appendice gangrené, de l'agglutination des intestins. Mort.

OBSERVATION XXIV. — Abrahams, 1897 (3)

Mrs X... — Grossesse de 8 mois. Douleur généralisée à tout l'abdomen, T = 38°8. 6 jours après, localisation à droite, T = 38°5. Le lendemain, accouchement d'un enfant mort. Après la délivrance on sent un empatement et une douleur très aiguë dans la fosse iliaque droite, T = 38°8. P = 120. Diagnostic : perforation de l'appendice. On opère 6 jours après la délivrance. L'abcès est mal délimité, les anses intestinales sont agglutinées. Guérison.

OBSERVATION XXV. — Abrahams, 1897 (4)

Mrs L..., 42 ans, 4 enfants. — Constipation habituelle. Grossesse du 7^e mois. Douleurs lancinantes dans région iliaque droite. Vomissements. Après 12 heures, localisation de la douleur au point de Mac Burney, T = 38, P = 90. Etat station-

(1) Medical Record, 1897, p. 347.

(2) American J. of Obstetrics, 1897, p. 205.

(3) American J. of Obstetrics, 1897.

(4) American Journal of Obstetrics.

naire jusqu'au 10^e jour, puis amélioration. Appendice sensible, pas d'empâtement. Diagnostic : appendicite catarrhale. La malade accoucha à terme d'un enfant vivant. 6 mois après, elle eut deux rechutes d'appendicite.

OBSERVATION XXVI. — Abrahams, 1897 (1)

Mrs K..., multipare, 26 ans. — Enceinte de 9 mois. Constipation habituelle. Le 18 septembre 1896, contusions reçues dans une rixe, douleur iliaque droite avec traces d'ecchymose, T. = 41°1, P. = 120. 8 jours après, le pouls et la température sont revenus à la normale. Accouchement d'un enfant bien portant. Il persista une douleur dans la fosse iliaque. 5 jours après douleur généralisée à tout l'abdomen. Vomissements. Faciès grippé, sueurs froides. Maximum au point de Mac Burney. Diagnostic : appendicite traumatique. L'intervention est retardée. Pendant 12 ou 13 jours les phénomènes s'amendent. La femme guérit, mais l'enfant mourut de septicémie 8 jours après sa naissance.

Cette mort après la naissance est probablement due à la septicémie contractée *in utero*, elle a été signalée à plusieurs reprises. Peut-être l'intoxication a-t-elle, dans ces différents cas, été insuffisante pour tuer l'œuf et déterminer l'avortement, mais l'enfant a apporté avec lui en venant au monde le germe d'une infection à laquelle il succombe quelques jours après.

OBSERVATION XXVII. — Abrahams (2)

Mrs X... — Enceinte de 9 mois, présenta des phénomènes d'appendicite. Pas d'intervention chirurgicale. La mère accoucha à terme d'un enfant vivant.

(1) American Journal of Obstetrics.

(2) American Journal of Obstetrics.

OBSERVATION XXVIII. — Abrahams (1)

F..., 40 ans. — Constipation habituelle. Grossesse 5 mois. Brusquement vomissements, douleurs abdominales généralisées, $T = 37^{\circ}7$, $P = 90$. Après 25 heures, localisation au point de Mac Burney. Pendant 7 jours état stationnaire. Le 8^e, $P = 110$, $T 38^{\circ}8$, matité à droite. Opération. La température tombe. Guérison 8 jours après.

OBSERVATION XXIX. — Black, 1897 (2)

Mrs C..., 23 ans. — Au début de ses époques, le 7 février, violentes douleurs. $T. = 37^{\circ}7$. Localisation au point de Mac Burney. Tympanisme, rigidité musculaire; la menstruation continue normale. Empâtement et sensibilité exagérée dans la région de l'appendice. Le 13, deuxième crise très grave, $T = 38^{\circ}8$. Pouls presque imperceptible. On pratique une incision latérale. La trompe droite était très hypertrophiée; on l'enlève avec son contenu, ainsi qu'une quantité de caillots sanguins au milieu desquels on trouva l'œuf expulsé par la trompe; alors apparut l'appendice atteint d'inflammation. On le réséqua. Convalescence normale. Guérison.

C'est le seul cas que nous ayons pu relever de grossesse extra-utérine coexistant avec l'appendicite.

OBSERVATION XXX. — William Bull, 1897 (3)

Mrs X... — Enceinte de 4 mois, est atteinte d'appendicite qui détermine une péritonite généralisée. Incision et drainage. La femme guérit, la grossesse continua son cours et accoucha d'un enfant vivant à terme.

(1) American Journal of Obstetrics.

(2) Annales of Gynec. and Pœdiatry.

(3) Medical Record, 1897, p. 347.

OBSERVATION XXXI. — Laroyenne, 1897 (1)

Hélène M..., 35 ans. — 8^e grossesse ; a eu, il y a 7 ans, la fièvre typhoïde. Le 18 mars 1897 elle est enceinte de 3 mois 1/2. Elle a eu depuis 2 mois de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, avec vomissements. Depuis 15 jours, les douleurs sont plus aiguës. Constipation, T. = 39. Douleurs spontanées au point de Mac Burney, exagérées par la pression. Au même niveau, tuméfaction mal limitée. Le 2 avril, l'état général devenant moins bon, incision de 6 centimètres. Il sort 100 gr. de pus. Lavages et drain. On ne trouve pas l'appendice. Les jours suivants, la fièvre diminue, la grossesse suit son cours. A la fin d'août, accouchement normal d'un enfant bien portant.

OBSERVATION XXXII. — Legendre, 1897 (2)

Jeune femme a eu depuis 6 ou 7 ans, étant jeune fille, en moyenne deux accès d'appendicite par an. La première attaque remontait à une affection grippale. Constipation habituelle. Plusieurs crises ont coïncidé avec de l'entérocélite. Au 5^e mois d'une première grossesse, elle a présenté une forte crise appendiculaire, traitée par les moyens médicaux ordinaires. La durée a été de 5 à 6 jours, puis tout s'est apaisé. Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise. L'enfant mourut quelques jours après d'accidents infectieux. Les 3 mois suivants, trois crises bénignes, mais rapprochées. Je propose alors, mais sans trouver d'écho, la résection à froid. Une nouvelle grossesse survint, et après le 1^{er} mois, à la suite de l'ingestion d'aliments faisandés ou par suite de la virulence exaltée du bacille, une crise éclate violente. Douleur hypogastrique, ombilicale et épigastrique. Ballonnement du ventre, vomissements. Le lendemain, localisation de la douleur à l'appendice. Quinze jours après, entre deux époques menstruelles, on incise. L'appendice noueux, recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé, fut réséqué. La plaie fut drainée. Les suites opératoires furent parfaites. La grossesse continua son cours.

(1) Thèse de Bouiller, Lyon, 30 novembre 1897, p. 51.

(2) Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie, 1897, n° 112, p. 200.

Encore une observation où est signalée la présence d'entérocolite ; il est vrai de dire qu'il y a aussi de la constipation et que la première crise d'appendicite avait coïncidé avec une attaque d'influenza, l'auteur ensuite fait encore intervenir l'ingestion d'aliments faisandés, ou une virulence saisonnière exaltée du bacille. Nous avons donc un large choix de causes étiologiques.

OBSERVATION XXXIII. — Bouveret, 1897 (1)

Mme X..., 35 ans, multipare. — A déjà eu des accidents appendiculaires. Le 1^{er} se produit à la 4^e grossesse ; il n'eut pas de suites ; l'accouchement eut lieu à terme d'un enfant vivant. Deux ans après, nouvelle crise.

Le 13 janvier, au 4^e mois d'une nouvelle grossesse, douleurs généralisées, diarrhée. L'utérus est le siège de contractions fréquentes. Le 14, T. = 37 à 38°, P. = 90.

Localisation de la douleur au point de Mac Burney, empatement. Puis tout va en déclinant jusqu'au 3 février. L'utérus est plus volumineux que le comporte l'âge de la grossesse. Le 4 février, les douleurs sont revenues, écoulement par la vulve d'un liquide de mauvaise odeur, pris pour du liquide amniotique altéré.

M. A. Pollosson voit la malade ; il aperçoit les mouvements du fœtus que l'on avait cru mort, et assiste, sans pouvoir les empêcher, aux préliminaires d'un avortement qui se fait dans la soirée. La fièvre tombe, tous les symptômes s'amendent, quand le 11 février, la fièvre se rallume, T. = 39°4 à 40°. Frissons, symptômes de septicémie graves.

Le 5 mars une pleurésie s'est déclarée à la base gauche. M. Fochier, appelé, provoque un abcès de fixation.

A partir du 16 mars, l'état général s'améliore. Au mois de septembre la santé est parfaite. A cette époque, nouvelle poussée d'appendicite qui dura trois semaines et guérit sans suppuration.

Le foyer infectieux périappendiculaire, dit M. Bouveret, s'avancait sans doute vers le petit bassin. L'utérus, en s'élevant

(1) Thèse de Bouiller. Lyon, 30 novembre 1897, p. 36.

au-dessus du détroit supérieur au 4^e mois, a dû contracter des rapports directs avec l'appendice malade. Les agents virulents venus de l'appendice ont pu pénétrer dans le pavillon, puis dans la trompe droite. Ils ont vraisemblablement créé lentement, insidieusement, un foyer infectieux utérin, pendant que s'éteignait le foyer appendiculaire.

C'est ce foyer utérin qui a augmenté le volume de l'utérus, lequel ne semblait pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Un autre résultat fut le décollement des membranes qui a eu l'avortement comme conséquence. Les premières contractions utérines ont vidé le foyer infectieux par l'orifice du col ; de là l'écoulement par la vulve d'un liquide très fétide. L'utérus était infecté, l'œuf ne l'était pas. La voie d'absorption fut créée dès le début du décollement du placenta : de là une septicémie puerpérale très précoce et l'apparition du 1^{er} frisson pendant l'avortement, avant même l'expulsion du fœtus.

OBSERVATION XXXIV. — Tuffier 1897 (1)

Mme X..., 34 ans. — Constipation opiniâtre ; a eu, au cours de sa première grossesse, vers la fin du 8^e mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On crut à une fièvre typhoïde, T. = 38 à 40° pendant 15 jours. Tout se termina par l'ouverture d'un abcès dans le cœcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité de pus fétide. La grossesse continua, la malade guérit.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite, poussées fébriles, vomissements. L'accouchement eut lieu à terme ; depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse de 4 mois. — Douleurs dans le flanc droit depuis deux mois ; tuméfaction, pas de fièvre. Diagnostic : appendicite sans suppuration. Traitement médical. Au bout d'un mois, les symptômes s'aggravent ; le 30 janvier 1897, incision. Je trouve une tumeur kystique de l'ovaire droit du volume d'une orange, je l'extirpe ; l'appendice fibreux est soudé à la face postérieure du cœcum ; je le dissèque, résection au thermocautère et sutures. L'appendice contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale. La guérison se fit sans incident,

(1) Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie, 1897, p. 206,

la grossesse continua son cours. Accouchement heureux à terme d'un enfant vivant.

Il n'y a pas, a-t-on dit, jusqu'à présent du moins, d'appendicite puerpérale, mais de l'appendicite dans la puerpéralité ; cette observation, où nous voyons la même femme à trois grossesses successives, avoir des crises appendiculaires, alors que l'auteur n'en signale pas d'autres chez elle en dehors de l'état puerpéral, paraît s'inscrire en faux contre cette assertion.

OBSERVATION XXXV. — Vinay, 1898 (1).

Emilie L..., 33 ans. — Bonne santé habituelle, 3 grossesses et une fausse couche. Enceinte de 6 mois. Le 30 mars 1894, point de côté violent, vomissements. Ni gaz ni selles jusqu'au 3 avril, ventre ballonné, la percussion de la région appendiculaire est très douloureuse. P. = 120, T. Rect. = 38°6, l'enfant est vivant. Traitement médical. Le 4 avril, expulsion de gaz et de scybales dures, le lendemain 4, selles diarrhéiques, la douleur diminue et les autres symptômes disparaissent progressivement, le 22 mai la femme sort guérie, la grossesse continue. Le 8 juillet accouchement normal, suites de couches physiologiques. Le 29 octobre 1897 nouvel accouchement, la grossesse a été excellente.

OBSERVATION XXXVI. — Vinay, 1898 (2).

Françoise L... — Bonne santé habituelle. A 20 ans affection abdominale, probablement appendicite. Mariée à 24 ans a eu 4 grossesses et couches normales. En 1897, 7 ans après la dernière grossesse, elle devient à nouveau enceinte, en mai, constipation. Le 25 août, douleurs lancinantes au point de Mac Burney, pouls petit, rapide, vomissements. Le 28, amélioration, elle se lève. Le 14 septembre, retour de tous les accidents signalés plus haut, douleurs plus intenses. Traitement médical.

(1) Lyon médical 1898, p. 6.

(2) Lyon médical 1898, p. 7.

Le 15, les symptômes s'aggravant, elle entre à l'Hôtel-Dieu et avorte, le soir du 16, après la délivrance, hémorrhagie qui nécessite un tamponnement utérin. Le 17, persistance des accidents, faciès grippé, $P = 132$, constipation, pas de température. Traitement médical. Du 22 septembre au 3 octobre, tous les phénomènes s'amendent. Le 28 octobre, plus de douleurs, plus de température, mais l'évolution utérine n'est pas terminée, il existe un suintement. Je pratique un curetage. Les suites sont simples. La femme sort guérie le 8 novembre.

OBSERVATION XXXVII. — Vinay, 1898 (1).

Augusta M..., 22 ans. — 2 enfants, mariée à 19 ans, 8 jours après son mariage, douleurs abdominales, peut-être appendicite? Le 22 septembre 1897, elle a un accouchement normal ralenti par une présentation O. I. D. P., on a employé le forceps. 4 jours après, frissons, fièvre. T. Rect. = $38^{\circ}6$ à $39^{\circ}7$. Du 5 au 10 même état, constipation, empatement douloureux au point de Mac Burney. Le 10 octobre, T. R. = 39° , l'empatement persiste. Le 3 novembre, l'état général est mauvais. Le 5, laparotomie par M. Jaboulay, Appendice épais induré, triplé de volume. Pas de corps étrangers. La trompe et l'ovaire droits sont sains. L'appendice est réséqué. Les suites de l'opération furent simples. La femme sort guérie le 28 novembre.

OBSERVATION XXXVIII. — Vinay (2).

Marie P..., 36 ans, primipare. — Avait de la colite pseudo-membraneuse avant sa grossesse. Accouchement le 6 septembre 1897. Présentation O. I. D. P. Forceps. Il y eut une déchirure du périnée réparée de suite. Il resta un cotylédon placentaire que l'on ne put extraire. Suites de couches apyrétiques, mais hémorrhagies pendant plus d'un mois, involution utérine incomplète. Le 12 octobre, curetage, on retire le lambeau de placenta, la femme guérie sort dès le 16 octobre. Le 21, crise d'appendicite à début brusque. Point de Mac Burney très sensible, T. R. = 38° . Pouls accéléré, petit, faciès grippé, constipation opi-

(1) Lyon médical 2 janvier 1898, p. 11.

(2) Lyon médical, 2 janvier 1898, p. 11.

niâtre, nausées, mais pas de vomissement. Le 23 octobre, défense de la paroi, T. R. = 39°, P = 120. Le 29, amélioration. Le 4 septembre, la guérison est assurée, l'état général excellent. Il persiste un boudin allongé dans la région cœcale et de la constipation.

OBSERVATION XXXIX. — Budin, 1898 (1).

J. M., multipare, 35 ans. — Enceinte de 5 mois. Le 22 mars 1897, vomissements porracés, ventre ballonné, vives douleurs abdominales. La malade a subi un choc contre un meuble, T. = 39, P. = 140. Maximum de la douleur à droite. Le 23, même état. Le 24, le ballonnement augmente ainsi que les douleurs. Le 26, le pouls est devenu très petit, dépressible. Faciès grippé, ballonnement très prononcé. M. Bouilly fait une incision sur la ligne médiane, à l'ouverture du péritoine, issue de gaz très fétides et d'un liquide séro-purulent. L'épiploon est épaissi, infiltré et l'utérus gravide recouvert de fausses membranes. Lavage du péritoine à l'eau bouillie, on laisse trois drains, quelques heures après l'intervention, le pouls devient incomptable, la malade succombe 7 heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite suppurée, le pus a envahi toute la cavité péritonéale jusqu'à la face inférieure du foie. Adhérences, infiltration du grand épiploon. Utérus contenant un œuf de 750 gr. L'utérus ne présente pas de lésions. L'intestin est très dilaté par les gaz ; pas de perforation intestinale, mais l'appendice est tout entier sphacélé, détruit.

OBSERVATION XL. — Maygrier, 1897 (2).

Femme 33ans, secondipare. — Grossesse actuelle de 6 mois. Après avoir absorbé des aliments indigestes, le 22 août, vomissements bilieux. Le 23, douleur dans la fosse iliaque droite. On la purge sans succès. Le 24 la douleur s'étend à tout l'abdomen. T. = 36° 6. Le 25, les symptômes s'aggravant, on l'envoie à l'hôpital. Elle est prise des douleurs de l'accouchement et perd ses eaux dans la voiture des ambulances urbaines. L'ac-

(1) Thèse de Jarca, Paris, janvier 1898, p. 46.

(2) Thèse de Jarca, Paris, janvier 1898, p. 49.

couchement se fait dans la nuit en S. I. G. P., enfant vivant, délivrance normale 5 minutes après.

D'abord un peu soulagée, la malade voit bientôt des douleurs intenses se généraliser à tout l'abdomen. Elle a des étouffements. Le 26, la T. = 36°2. MM. Maygrier et Rochard pensent à une occlusion intestinale et font donner deux lavements électriques sans grand succès. A 7 heures du soir, T. = 37, P. = 110. A 11 heures on veut faire la laparotomie, mais la malade est si faible que l'on se borne à faire un anus contre nature. Le péritoine ouvert, il s'écoule du pus grumeleux d'odeur infecte. Intestins congestionnés et agglutinés, il s'agit d'une péritonite généralisée et la malade succombe à 2 heures et demie du matin. A l'autopsie, pas d'occlusion, l'appendice est sphacélé.

OBSERVATION XLI. — Budin, 1897 (1)

C. J..., 20 ans, primipare. — Au début de sa grossesse elle a tenté de se suicider avec du sublimé. Elle entre à la Maternité le 1^{er} octobre 1897 à onze heures du soir. Les membranes sont rompues depuis trente heures. Présentation O. I. D. P. A six heures du matin, accouchement normal terminé. Enfant vivant. Injection intra-utérine. Tout va bien pendant cinq jours. Le 7, frissons, T. = 38°6, P. = 130. Le 8, ventre ballonné, douleur généralisée au-dessous de l'ombilic, vomissements alimentaires, diarrhée. Injection intra-utérine matin et soir. Le 9, le pouls monte à 140. Lochies deviennent purulentes. Le 11 au soir, mort. Autopsie : à l'ouverture de la cavité thoracique, adhérence de la plèvre gauche, congestion hypostatique des deux bases. A l'ouverture du péritoine il s'échappe une quantité de pus jaune verdâtre ; adhérences épiploïques et intestinales, pas de perforation de l'intestin grêle. On trouve une perforation de l'appendice. L'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il est pâle et grisâtre. Le foie est pâle. L'examen bactériologique du pus montre un microorganisme ayant tous les caractères morphologiques du colibacille.

(1) Thèse de Jarca, Paris, janvier 1898, p. 49.

OBSERVATION XLII. — Peyrot, 1898 (1)

Femme enceinte de trois mois. — Offre les symptômes d'une appendicite qui détermine une péritonite enkystée. On fait la laparotomie, on enlève l'appendice. La femme guérit et accouche d'un enfant vivant à sept mois et demi.

OBSERVATION XLIII. — Lepage, 1898 (2)

Femme atteinte d'appendicite vingt-huit jours après un accouchement où elle avait eu à terme un enfant vivant. La mère guérit sans opération.

OBSERVATION XLIV. — Dieulafoy (3)

Femme atteinte d'appendicite vingt jours après l'accouchement ; elle voit se déclarer une péritonite généralisée qui est traitée par incision et drainage. On enleva l'appendice, la femme guérit.

OBSERVATION XLV. — Pinard, 1898 (4)

Femme de 25 ans, primipare, enceinte de six mois, sans passé médical, éprouve, le 14 décembre 1897, une douleur subite dans la région épigastrique, puis s'irradie à tout l'abdomen, surtout au point de Mac Burney. Vomissements. Constipation. Le 19, elle entre à Bandeloque. Ballonnement du ventre. Circulation collatérale très apparente à droite. Point de Mac Burney très net. Une tumeur qui se contracte sous la main, affleure l'ombilic, c'est l'utérus. Col ramolli un peu effacé. P. = 120,

(1) Inédite, citée par Pinard, *Annales de Gynécologie*, p. 350, mai 1898.

(2) Citée par Pinard, *Annales de Gynécologie*, p. 350, mai 1898.

(3) Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, Dieulafoy.

(4) *Annales de Gynécologie*, mai 1898, p. 345.

T. = 37°2 à 37°8. Diagnostic : péritonite généralisée. J'opte pour l'intervention chirurgicale que mon collègue Segond pratique à trois heures du soir. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de pus très fétide au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Le pus contourne l'utérus et existe aussi dans la fosse iliaque gauche. On y pratique une incision analogue, le pus y est moins fétide. On draine après avoir lavé à l'eau bouillie. Durée de l'opération, vingt minutes. Dans la soirée, apparition des contractions utérines. T. = 38°2, P. = 150. Avortement à 4 heures 30, délivrance naturelle, pas d'hémorrhagie, pas de vomissements, mais le poulx devient de plus en plus petit et la femme meurt à 1 heure 45 du soir. Autopsie : adhérences nombreuses sur l'utérus et l'intestin. A droite, l'intestin est pour ainsi dire maçonné dans des adhérences. L'appendice présente deux perforations. Le sang recueilli dans un des vaisseaux du cordon etensemencé a fourni des cultures pures de colibacille.

OBSERVATION XLVI. — Mathieu, 1897 (1)

M. Mathieu rapporte avoir vu, il y a deux ans, à l'hôpital Tenon, une femme enceinte chez qui une appendicite fut la cause d'un avortement. L'appendicite fut opérée après l'avortement, mais la femme mourut.

OBSERVATION XLVII. — C. Fieux (2)

Fille, 19 ans, primipare. — Accouche spontanément à 8 mois d'un enfant vivant. Longues périodes de constipation au cours de sa grossesse. Vers le 3^e mois, elle a eu une attaque brusque d'hémiplégie gauche, disparue en 6 jours. Suites de couches physiologiques. La constipation seule a continué. 27 jours après son accouchement, brusquement, douleurs aiguës au côté droit du bas ventre (10 mars). La douleur augmentant, elle entre le 17 à la Maternité. Faciès grippé. T = 37°4. P = 88. Défense musculaire. Douleur localisée au point de Mac Burney.

(1) *Société médicale des hôpitaux* du 26 mars 1897. *Médecine moderne*, 31 mars 1897.

(2) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1899.

Culs-de-sac libres. Utérus gros, mais mobile et non douloureux. Le 18, T = 38°4 P = 110. Le 19, laparotomie; l'appendice porte une bride se dirigeant vers le petit bassin, bride peu résistante qui cède pendant l'opération. On ne trouve comme altération macroscopique qu'un petit anneau pâle, correspondant à un amincissement de la paroi. Les suites furent simples, la guérison définitive.

OBSERVATION XLVIII. — Porak et Schwartz (1)

Secondipare, 24 ans. — Enceinte de 3 mois. Souffre depuis 4 jours dans la fosse iliaque droite. Vomissements fréquents, jaunes verdâtres. Dyspnée, T oscillant entre 38° et 40°. Pouls petit à 100. Faciès non grippé. Empâtement. Diagnostic : appendicite. En raison de la localisation des phénomènes inflammatoires et du peu d'intensité des phénomènes généraux, on surseoit à l'opération. Tous les phénomènes s'apaisent. Revenue à la santé la femme refuse l'opération à froid.

OBSERVATION XLIX. — Porak et Schwartz (2)

Secondipare de 25 ans. — Enceinte de 7 mois 1/2, entre à l'hôpital 4 jours après le début d'accidents graves d'emblée. Constipation, vomissements jaunes, puis verts, puis porracés. Faciès grippé. T = 38°, P = 128 petit, Ventre ballonné. Défense musculaire, maximum de la douleur au point de Mac Burney. Diagnostic : péritonite appendiculaire par perforation. Le 11 janvier 1899, à onze heures du matin, la femme accouche d'un enfant en état de mort apparente, qui meurt quelques heures après. A ce moment P = 150, T = 37°. On fait une laparotomie, il s'écoule un liquide séropurulent et on trouve les lésions d'une péritonite généralisée. L'appendice est sphacélé, la trompe est rouge, congestionnée. On incise à gauche et sur la ligne médiane. Lavages à l'eau tiède bouillie et drainage. La malade survit 7 jours.

Cette observation vient à l'appui de l'intervention plus hâtive.

(1) Société de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, mai 1899.

(2) *Idem.*

OBSERVATION L. — Porak et Schwartz (1)

Femme, 25 ans, primipare. — A eu déjà depuis 4 ans des accidents diagnostiqués coliques néphrétiques. Enceinte de 4 mois. Brusquement douleur au point de Mac Burney. Constipation, matité, hypéresthésie, défense musculaire. $T = 38^{\circ}$, $P = 105$. M. Schwartz intervient. Incision parallèle à l'arcade crurale. L'appendice ne présente aucun signe d'inflammation, mais il est oblitéré. On l'enlève. Les douleurs persistent, et 3 jours après, il se produit une hématurie rénale ; puis tout s'apaise et la femme sort guérie de l'hôpital 19 jours après. L'appendice examiné, il s'agissait d'une appendicite folliculaire intense.

OBSERVATION LI. — Bouilly (2)

Femme, 28 ans. — Enceinte de 6 mois $1/2$, souffre du ventre depuis 15 jours. Son état s'aggravant, elle entre à Cochin le 6 mars 1899. Etat très mauvais. Faciès grippé. $P = 140$, filant, ventre douloureux avec maximum à droite. Point de Mac Burney pas trop marqué. Vomissements noirâtres. Constipation absolue. Le 8 mars, laparotomie, pas de traces de péritonite. Appendice très allongé tuméfié. Au moment de sa section il s'écoule un liquide grisâtre, mucopurulent, pas d'érosion ni d'ulcération.

En somme discordance entre le fracas des symptômes abdominaux et la lésion appendiculaire de mince apparence.

L'auteur ajoute : « Il faut de toute nécessité admettre que la grossesse semble exalter la virulence du liquide contenu dans l'appendice ». Chute de la température à 37° le 10 mars.

Anurie les 8 et 9 mars ; accouchement prématuré d'un enfant vivant, qui meurt rapidement le 10 mars. Enfin, agitation extrême, véritable délire septique, qui d'ailleurs s'amenda rapidement et la malade quitta l'hôpital le 6 avril en parfait état local et psychique.

(1) Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris, mai 1899.

(2) *Idem*.

OBSERVATION LII. — Paul Segond, 1899 (1)

Mme X..., 34 ans, 2 enfants, a eu déjà des crises d'appendicite. — Troisième grossesse de 5 mois, normale jusque-là (13 février). Douleurs vagues diagnostiquées grippe. Le 14 et le 15, douleurs abdominales non localisées et peu violentes. Elle va à la selle, T. = 38, P. = 96. Le 16, météorisme, faciès rassurant. Cependant MM. Baudon et Ferrand appellent en consultation MM. Dieulafoy et Pinard. Le 17, faciès moins bon, pas de vomissements. Le soir, incision sur l'appendice, évacuation de quantité de pus grumeleux. Appendice gangrené; on le résèque. Lavages, drain, ouverture symétrique de l'autre côté, même traitement. Le 18, T = 37°2, P = 110. A 2 heures, avortement; faciès très rassurant, pas de météorisme, pas de sécheresse de la langue. Ce n'était qu'une accalmie traitresse. Le 19, à 5 heures du matin, l'état s'aggrave, le pouls s'affole et Mme X... succombe dans la soirée

OBSERVATION LIII (2)

Multipare. — Début subit, quelques heures après la délivrance, d'une douleur localisée au point de Mac Burney. D'abord traitement médical. La malade guérit. Quelques semaines plus tard surviennent plusieurs crises douloureuses qui se succèdent. On intervient entre deux poussées. On trouve l'appendice hypertrophié, enfoui dans des adhérences anciennes et récentes.

OBSERVATION LIV (3)

Primipare. — Nombreuses attaques de typhlite dans son enfance. Enceinte de 4 mois. Comme elle avait à chaque instant des douleurs dans la fosse iliaque droite, on intervient à froid. Les suites furent parfaites. Elle accoucha à terme et fut guérie.

(1) Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiat.
3 mars 1899.

(2) In American Journal of Obstetrics, 1898, p. 199.

(3) In American Journal of Obstetrics, 1898.

OBSERVATION LV (1)

Femme qui, alors qu'elle était enceinte de 2 mois $1/2$, fut opérée pour un kyste dermoïde suppuré. Sa grossesse ne fut pas interrompue. Accouchement normal à terme. Trois jours après la délivrance, douleur au point de Mac Burney. Comme les symptômes s'améliorent, on temporise. La région reste empâtée, la température est régulière. Quelques semaines après, nouvelles poussées aiguës qui obligent à intervenir. On incise au lieu d'élection. On trouve un abcès qu'on évacue par l'abdomen et par le vagin. L'appendice sphacélé est éliminé spontanément le 6^e jour. La malade guérit.

OBSERVATION LVI (2)

Primipare. — Enceinte de 7 mois, ayant eu 3 ans auparavant de la pelvi-péritonite. Elle présente tous les symptômes habituels de l'appendicite, à cette exception près que l'on ne perçoit ni tumeur, ni même d'empâtement. On intervient pourtant, et sous le chloroforme, on sent une tumeur adhérente au côté droit de l'utérus. Après une incision, on trouve un abcès limité en avant par les annexes droites. Il s'écoule un pus très fétide. On lave et on draine. 24 heures après, le travail se déclare. Accouchement au forceps. La température s'élève, on injecte 10^{cc} de sérum antistreptococcique. L'appendice est éliminé le 5^e jour. L'état restant grave, on explore la plaie, et, malgré les précautions prises, on tombe dans la grande cavité péritonéale. Il s'échappe un liquide séropurulent, et on trouve des lésions de péritonite généralisée. On incise à gauche, on lave avec la solution saline et on draine. La femme guérit après avoir présenté, au niveau du cœcum, une fistule stercorale qui s'oblitéra spontanément.

La rapidité avec laquelle le travail a débuté après l'intervention semble résulter moins de l'état infec-

(1) In American Journal of Obstetrics, 1898.

(2) In American Journal of Obstetrics, 1898.

tieux que de la situation de l'appendice adhérent aux annexes et à l'utérus gravide.

Ne faut-il pas chercher aussi dans les contractions de l'utérus et dans son involution la véritable cause de l'infection généralisée et de la péritonite ?

Les adhérences n'ont-elles pas été rompues par cette action mécanique ?

OBSERVATION LVII (1)

Femme enceinte de 4 mois $1/2$, est opérée pour appendicite suppurée et abcès circonvoisin. On évacue le pus et on draine. Tous les phénomènes s'amendent, quand 6 jours après la situation s'aggrave tout à coup. La malade présente des signes d'obstruction intestinale. On agrandit la plaie et on détruit une adhérence qui comprimait le colon ascendant. Malheureusement, il existait déjà une péritonite généralisée, la femme avorte 28 heures après cette seconde intervention et succombe.

OBSERVATION LVIII (inérite)

Communiquée par M. le docteur Lagoutte

Mme B..., de Chambolle-Musigny, 28 ans. — On note comme antécédents des crises douloureuses qui se renouvellent à deux reprises dans le courant de l'année 1898. Ces crises, qualifiées alors de coliques néphrétiques, ne durèrent pas chaque fois plus de 48 heures. Jamais on n'a noté de troubles digestifs, diarrhée ou constipation.

Le 24 mars 1899, cette femme, alors enceinte de 4 mois environ, est prise subitement de violentes douleurs abdominales, se propageant surtout du côté de la région rénale droite. Météorisme. Vomissements. Rétention absolue des gaz et des matières. Température au-dessous de 38° . Pouls entre 130 et 140. Cet état va s'aggravant de plus en plus, et le 28 mars, le docteur

(1) American Journal of Obstetrics, Vol. xxxviii, p. 199

Virely, de Gevrey-Chambertin, me prévient par dépêche. Le jour même, je vois la malade. L'état général est mauvais, le faciès grippé, la langue sèche, le ventre très ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais surtout dans la région correspondant au globe utérin. L'arrêt absolu des gaz et des matières, les vomissements, le ballonnement considérable du ventre, la douleur mal localisée, l'absence de température faisaient penser au premier abord à une occlusion intestinale. Pourtant la palpation attentive de l'abdomen fait reconnaître de la défense de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite. On a une sensation de résistance qui n'existe pas dans le reste de l'abdomen. En raison de ce fait, et aussi de l'allure de la maladie qui était absolument calquée sur celle d'une jeune malade que je venais d'observer et d'opérer quelques jours auparavant, je pensai plutôt à une appendicite, et je me décidai à intervenir séance tenante.

Incision classique. Ouverture d'une collection purulente fétide, mais peu abondante. J'explore la cavité avec le doigt dans tous les sens, avec précaution. Je ne découvre pas l'appendice et je me contente de drainer largement.

Le lendemain, la malade fait sa fausse couche, et rend spontanément gaz et matières ; le pouls se rapproche de la normale (100) ; la température reste autour de 37°5. Les vomissements cessent. Amélioration considérable. Sédation des symptômes douloureux.

Trois jours après (31 mars), le pouls remonte à 120, puis à 130. La température s'élève au-dessus de 38. La malade se plaint d'une violente douleur dans la région thoracique droite. L'auscultation relève une pleurésie sèche, qui cède en huit jours à un traitement approprié.

Malgré cela, la température se maintient élevée et atteint 39, le pouls est fréquent (120 environ), enfin la malade éprouve de vives douleurs abdominales.

Cette persistance des accidents ne s'explique ni par la lésion pleurale qui va s'améliorant, ni par de l'infection utérine consécutive à la fausse couche. De grandes précautions avaient été prises de ce côté, et je ne constate pas le moindre écoulement suspect.

L'exploration de la plaie abdominale avec le doigt ne décèle rien d'anormal ; mais le 8 avril, par le toucher rectal et le toucher vaginal, j'arrive à sentir une tumeur très haut située et douloureuse à la pression. Deux jours après cette exploration, le 10 avril, je reviens à Chambolle voir la malade et, cette fois, je sens très nettement une collection purulente faisant saillie du côté du rectum et du cul-de-sac postérieur.

Il était naturel de l'ouvrir par l'endroit où elle faisait saillie, mais la fausse couche récente me faisait craindre l'infection des voies génitales, si je donnais issue au pus par le cul-de-sac postérieur. De préférence aussi à l'ouverture rectale, j'adopte la voie périnéale. Après une incision transversale prérectale, je dédouble la cloison recto-vaginale jusqu'à la tumeur que j'incise largement. Il s'écoule un flot de pus horriblement fétide. Drainage avec un gros drain. Disparition des symptômes douloureux, de la fièvre. Guérison rapide. La malade revue récemment se porte très bien.

Notons que dans cette observation, comme nous l'avons déjà trouvé signalé dans l'observation L, des coliques appendiculaires ont été prises deux fois pour des coliques néphrétiques.

Remarquons combien, au début, le diagnostic pouvait être hésitant à cause de l'absence de localisation de la douleur, en raison aussi du défaut d'empâtement au point de Mac Burney, alors que le ventre était si ballonné, qu'il y avait absence de gaz et de matières ; tous ces symptômes auraient pu facilement en imposer pour de l'occlusion intestinale.

Cette observation est encore à ajouter à celles de Mixter, de Bouveret, de Budin, de Broussolle, de Breton, qui nous montrent la fréquence de ces manifestations infectieuses aux poumons et à la plèvre.

Enfin signalons, pour l'imiter à l'occasion, l'opération si judicieuse, employée par l'auteur, qui évacue le pus en dédoublant la cloison recto-vaginale, pour éviter l'infection des voies génitales quelques jours après l'avortement, alors que la régression de l'utérus n'étant pas encore terminée, il aurait offert un champ trop fertile à la septicémie.

OBSERVATION LIX (inédite). — Due M. le docteur Broussolle.

Mme X..., âgée de 23 ans, primipare.

Antécédents de famille. — La malade a un frère de 19 ans, qui a eu un mois et demi avant elle, une attaque d'appendicite très grave. Au cours de cette appendicite, est survenue une pleurésie qui a nécessité une ponction. Tout étant rentré dans l'ordre, les phénomènes aigus calmés, l'appendice a été réséqué à froid. Guérison.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été atteinte d'une constipation très opiniâtre qui ne cède qu'à des laxatifs et à des purgatifs journaliers. Sans ces soins, elle n'irait à la selle que tous les 4 ou 5 jours.

Le 21 septembre 1898, Mme X..., alors enceinte de quatre mois, fut prise subitement d'une violente douleur localisée à la fosse iliaque droite. Au bout de quelques jours, on constatait dans la région de l'appendice, une tuméfaction très appréciable, et la malade présentait tous les symptômes d'une suppuration évidente. La fièvre augmenta, il survint quelques frissons. On allait se décider à intervenir quand la température vint tout à coup à diminuer. L'intervention, d'abord retardée, fut finalement ajournée. Le traitement médical consista en une diète liquide presque absolue, glace intus et extra, piqûres de morphine.

L'appendicite évolua avec des alternatives diverses jusqu'au 9 octobre, époque à laquelle les symptômes devinrent alarmants ; mais ce ne fut qu'une aggravation passagère, et la malade entra en convalescence à partir du 20 octobre.

La constipation continua et ne fut corrigée que par des laxatifs donnés d'une façon régulière.

L'état général alla s'améliorant et la grossesse continua régulièrement son cours.

Dans les premiers jours de février 1899, les mouvements actifs du fœtus ne furent plus perçus par la mère, et le 11 du même mois, la malade accoucha à terme d'un enfant mort. Le fœtus se présenta en occipito-sacrée, et l'emploi du forceps fut jugé nécessaire.

Le corps de l'enfant était recouvert de phlyctènes, l'épiderme s'enlevait à la pression, et un léger degré de macération indiquait que la mort *in utero* remontait à une huitaine de jours, c'est-à-dire à l'époque où la mère avait cessé de percevoir les mouvements fœtaux.

Les suites de couches furent apyrétiques, la régression utérine normale. La constipation persista.

Depuis, Mme X... a eu quatre fois des coliques hépatiques pour lesquelles elle fut à deux reprises envoyée à Vichy.

Les eaux ont amélioré la malade, qui, pour le moment, peut vaquer à ses occupations.

Dans cette observation, comme dans celle du n° LXI, nous relevons l'appendicite familiale. Notre malade offre en outre, après son attaque d'appendicite, à quatre reprises différentes, des coliques hépatiques, qui permettent de la classer dans la grande catégorie des arthritiques.

Cette dernière constatation viendrait à l'appui de la théorie de Dieulafoy, qui explique la colique appendiculaire par la migration d'un calcul né dans l'appendice et expulsé par un processus analogue à celui du calcul biliaire.

OBSERVATION LX (inédite). — Due à MM. les docteurs Breton et Lagoutte.

Appendicite. Grossesse. Avortement. Absès de la fosse iliaque. Opération. Pleurésie purulente consécutive. Empyème. Guérison.

Mme X..., 24 ans, fille unique.

Antécédents de famille. — Mère morte en 1896 de tumeur abdominale. Père se porte bien. Grand'mère maternelle se porte bien.

Antécédents personnels. — Pas de maladie à signaler. Constipation permanente. A 18 ans, invagination intestinale. Elimination du bout invaginé. Guérison. Jusqu'à cette crise d'appendicite, bonne santé, mais entérocolite muco-membraneuse constante, persistante.

Début de la première crise d'appendicite le 17 décembre 1898.

A ce moment, grossesse de quatre mois, dernières règles le 1^{er} août 1898. La nuit du 12 au 13 décembre est passée au bal et en soirée, la jeune femme est bien portante.

Le 16, écart de régime caractérisé par : avoir mangé une *boîte* de dragées.

Le 17, la malade a deux selles dans la journée, paraît bien portante, déjeune, s'habille, sort, fait des visites, et subitement, à 4 heures du soir, est prise de malaise général. Ce malaise augmente avec une douleur épigastrique très violente, vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux, enfin bilieux. La douleur épigastrique devient intolérable. La malade couchée, pousse des cris et se tient immobile, dans le décubitus horizontal. A l'examen, une seule région est sensible au palper, c'est l'épigastre ; mais il y a là une douleur *exquise*, atroce. vomissements bilieux incercibles, aucune douleur abdominale, aucune perte, urine chargée d'urates. Pouls à 80, T. Rect. 37°5. Lavement laudanisé, champagne frappé.

Le 18. Pendant la nuit persistance des vomissements bilieux, douleur épigastrique très violente. 6 centigrammes d'extrait thébaïque sont donnés pendant la nuit, sans aucun résultat, pas plus que la potion de Rivière, la glace, le champagne frappé.

A 8 heures du matin, douleur subite, peu violente dans le flanc droit. La malade n'en parle même pas, tant cette douleur a peu d'acuité. Journée assez calme, les vomissements s'arrêtent. La douleur épigastrique reste aussi violente, sensibilité générale de l'abdomen, pouls rapide petit (100). T. Rect. = 37°6. Dans la soirée, les vomissements reparaissent.

Le 19, dans la nuit, douleur très violente dans le ventre, sans localisation spéciale, météorisme abdominal léger, utérus très contracté, tout le ventre est endolori ; dans la fosse iliaque droite, douleur très violente à la pression, mais sans point de Mac Burney. La douleur siège sur une ligne allant de l'épine iliaque au pôle utérin. La malade urine avec douleur. L'urine est chargée d'urates et renferme un peu d'albumine.

Au toucher vaginal, rien d'anormal, le col se ramollit, admet l'extrémité de la pulpe, toucher rectal négatif. P. = 124. T. Rect. = 36°8. Pendant cette journée, la douleur persiste très violente dans tout le ventre, mais surtout dans la fosse iliaque droite, aucune perte, aucune émission de gaz ou de matières fécales, malgré un lavement évacuant, pas de faciès grippé péritonéal. Langue très suburrale, rien au cœur et aux poumons. Ce qui domine, c'est la douleur généralisée à tout l'abdomen, plus accusée à la palpation dans la fosse iliaque droite. Sur toute la périphérie du globe utérin, douleur plus vive augmentée par la pression.

Le 20 décembre à une heure du matin, premier vomissement porracé. T. R = 37°8. P. = 132 petit, douleur très violente

dans le flanc droit. L'utérus reste en état de contracture. Lavement évacuant sans résultat.

A 4 heures du matin, fausse couche d'un fœtus de 4 mois de sexe masculin, perte de sang minimum, délivrance rapide, facile, rien d'anormal.

A 8 heures et demie matin, une accalmie apparaît, douleur, abdominale beaucoup moins forte. P = 132, mais il est plus ample.

A 11 heures 1/2 du matin. P. = 135. T. R. 37°5, ni gaz, ni matières fécales. Ventre plus souple, moins douloureux. Pas de vomissements. Renvois nombreux mais pas de hoquet, faciès ni grippé, ni décoloré.

A 4 heures du soir, ni gaz, ni matières fécales. Ventre de moins en moins douloureux. P. = 120. T. R. = 37°5. Urine plus abondante, miction indolore. Météorisme abdominal partout égal, aucune localisation douloureuse spéciale au toucher de l'abdomen. Par toucher vaginal on trouve de l'empâtement du cul-de-sac latéral gauche, les vomissements porracés réapparaissent.

21. Dans la nuit, vomissements porracés persistent, pouls 124 T. R. = 37°5 pas de hoquet, pas de faciès abdominal. Sensibilité abdominale de beaucoup diminuée. Météorisme généralisé, surtout accusé à la région épigastrique. Aucune anse intestinale ne se dessine sous la peau. Ni gaz, ni matières fécales.

A 11 heures 1/2 du matin, lavement électrique de 25 miliampères, pendant 25 minutes.

A 4 heures du soir, évacuation abondante de gaz et de matières. P. = 100. T. R. = 37°5. Vomissements porracés dans la journée.

22. Le dernier vomissement a lieu le 21 à 7 heures du soir, à ce moment débâcle de matières fécales puantes, jaunâtres, brunes, noires, émission abondante de gaz. T. du matin = 38, du soir 37°2. P. = 100. Le ventre reste météorisé, les flancs sont sensibles au palper, lochies normales.

23. T. R. m. = 38°5. P. = 100. Evacuations bilieuses et fécales abondantes continuent. Gaz rendus en moindre quantité. Le ventre reste sensible. Les flancs sont aussi sensibles l'un que l'autre au palper. Les selles bilieuses, se continuent pendant tout le jour. T. Rect. du soir = 38°5, P. = 100. Le météorisme abdominal a beaucoup diminué. Grande sensibilité abdominale dans les flancs au palper.

24. T. m. = 38° P. 100. Les selles bilieuses continuent. Persistance des coliques. Le météorisme a presque disparu à la

région épigastrique, mais persiste dans les deux fosses iliaques et à la région hypogastrique. Les selles très fétides commencent à se mouler.

26. T. m. = 37°5, P. oscille de 100 à 110. La région sus-ombilicale est déballonnée et souple. La malade peut supporter un potage gras, un œuf, un peu de chocolat au lait. T. s. = 37°7.

27. T. m. = 37°9. Selles abondantes, gaz. P. = 100 à 110. La sensibilité abdominale persiste dans les flancs. Moins de météorisme.

28. P. = 110. La malade peut prendre des potages, de la gelée de viande, des œufs. Il y a des évacuations abondantes avec coliques. T. du m. = 37°5. Dans la soirée, douleur abdominale très violente. P. = 130. T. du soir. = 38°6.

29. T. m. = 40°3 P. = 130. Point de côté gauche violent, dyspnée intense. Signes de broncho-pneumonie du lobe inférieur pulmonaire gauche. Langue saburrale. Face vultueuse. Tout le 1/3 inférieur du poumon est occupé par un souffle très fort à l'auscultation. Depuis hier soir, pas de selles, une seule émission de gaz. Le ventre est dur au palper dans toute la région sous-ombilicale T. du s. = 39°7.

30. T. m. = 37°7, violentes coliques, que suit une débâcle de selles liquides avec de nombreuses glaires. Empâtement de la région ombilicale. Etat pulmonaire très amendé; au souffle fait suite une obscurité respiratoire avec frottements et râles sous-crépitaants. T. du s. = 37°9.

31. Vives coliques pendant la nuit, avec les mêmes selles consécutives. T. m. = 38°6. T, s. = 39°9. Etat pulmonaire s'améliore. Même empâtement péri-ombilical.

1^{er} janvier 1899. Dans le petit bassin du côté droit, sensation de fluctuation purulente. T. m. = 38°2, T. s. = 38°3.

2. T. m. = 37°9, T. s. = 39°7, rien de particulier, sauf que la phase pulmonaire est en pleine voie de régression.

3. T. m. = 39°9. Opération. Incision de la fosse iliaque droite. On tombe dans un vaste foyer de suppuration bien limité par le péritoine, mais avec une fusée purulente dans le petit bassin. Evacuation du pus. Lavage de la poche au sérum stérilisé, drainage. T. s. = 39°2.

4, 5, 6. Rien d'anormal du côté de l'abdomen, mais réapparition des signes de broncho-pneumonie gauche. La température varie de 38 le matin à 39 le soir.

7, 8. Rien de spécial du côté abdominal, mais signes d'épanchement pleural à gauche.

Une ponction est faite avec une seringue de Pravaz, on retire du liquide séreux dans lequel le microscope permet cependant

de reconnaître des globules de pus, mais en très petite quantité. Vu la nature du liquide, vu la cause d'infection, la T. m. = 39°2, la T. s. = 39°8, un empyème est décidé et fait de suite. On se contente de drainer la plaie. A partir de ce moment, l'état général s'améliore de plus en plus, la température tombe à la normale avec quelques ascensions vespérales à 38°6.

Dès le 17 janvier la température est normale. Les plaies sont en voie de cicatrisation, et le 22 la malade est en état de se lever.

Le 23 les drains sont enlevés, et la cicatrisation complète ne tarde pas à se faire.

La malade, à partir de ce moment, se considère comme guérie, il ne lui reste plus que de la constipation. Il existe encore un peu d'entérite muco-membraneuse. Il persiste aussi une leucorrhée abondante, attribuée à la fusée purulente qui s'était faite dans le petit bassin. En somme, tout va à peu près convenablement jusqu'au 15 mai 1899.

15 mai 1899. A cause de ses selles difficiles, la malade se purge ce jour-là avec du sel de Sedlitz et obtient de bonnes selles, quand brusquement, à 1 heure du soir, elle est prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, de vomissements bilieux. P. = 120, T. = 37°5.

La nuit se passe avec des douleurs abdominales vives et des nausées.

Le 16, 8 heures du matin. T. m. = 37°8, P. = 120, la douleur dans la fosse iliaque droite est très violente et devient atroce au palper. Faciès pâle, visage grippé. Aucune évacuation de gaz ni de matières fécales.

A midi. P. = 128, T. = 38, douleur très violente dans la fosse iliaque droite, nausées sans vomissements, état semi-comateux.

A 4 heures, opération. Incision classique à deux centimètres en dehors de la première incision. On tombe sur un foyer d'où s'écoule une sanie fétide et quelques gouttes de vrai pus, le cœcum apparaît dans la plaie avec une plaque blanche qui rappelle le sphacèle, du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, On se contente de le suturer à la peau et de drainer.

Le 17. La température tombe à la normale, il y a émission de quelques gaz, la malade urine seule, P. = 120. Écoulement par la plaie de sanie très fétide. Sensation de faim.

Le 18. De la plaie abdominale sort un liquide très fétide, spumeux, avec quelques bulles de gaz, mais il n'y a pas de température. L'état général est bon. La malade peut commencer à s'alimenter.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore de plus en plus, la plaie se cicatrise parfaitement. Le 29 mai le dernier pansement est fait, la malade peut se lever dans les premiers jours de juin et reprendre sa vie normale.

Depuis cette époque la malade va très bien. Etat général excellent. L'embonpoint est revenu, mais les selles sont toujours un peu pénibles ; il existe encore de l'entérite muco-membraneuse pour laquelle une saison à Plombières-les-Bains a été faite. Il en est résulté pour la malade une très grande amélioration.

Aujourd'hui le ventre est très souple, les flancs sont généralement indolores et souples.

Une particularité reste à signaler ; c'est qu'à la suite de la deuxième intervention, il s'est produit deux hernies latérales au-dessus de l'arcade crurale, suite d'une éventration locale. Ces deux hernies correspondent aux deux points extrêmes de la ligne d'incision opératrice.

Nous avons conservé dans tous ses développements cette observation si complète qui nous a été communiquée par M. le docteur Breton, parce que, relevée avec le plus grand soin, presque d'heure en heure, elle nous permet pour ainsi dire d'assister en témoin à ces deux attaques d'appendicite à complications si variées et si intéressantes.

Si nous nous reportons au diagnostic, nous voyons à quelles hésitations il pouvait donner lieu. N'était-il pas permis, en effet, chez cette jeune femme qui, à dix-huit ans, c'est-à-dire six ans plus tôt, avait présenté tous les symptômes d'une occlusion intestinale par invagination (occlusion vérifiée alors par l'élimination du bout invaginé), de supposer qu'il s'agissait d'une complication du même ordre ?

Ne pouvait-on plus simplement penser à une fausse couche banale, car nous remarquons qu'au début il existait une douleur sans localisation spéciale, que la malade à ce moment-là n'était pas constipée plus que de coutume, que l'utérus était très contracté, que dès

le 19, c'est-à-dire à peine deux jours après le début des accidents, le col était ramolli et admettait l'extrémité de la pulpe de l'index.

Comment aussi ne pas être frappé par la bizarrerie des symptômes abdominaux et généraux. Remarquons que depuis le début de l'attaque, le 17 décembre, jusqu'au moment de la complication secondaire survenue au poumon, la température rectale prise deux fois par jour n'a presque jamais dépassé la normale. Le pouls, au contraire, a varié de 100 à 135 pulsations. Cette dissociation du pouls et de la température, est du reste signalée dans la plupart de nos observations. N'oublions pas non plus que la douleur dans la première crise appendiculaire a été très longue à se localiser, ou plutôt qu'elle ne l'a jamais été absolument au point de Mac Burney.

La malade la signale surtout à l'épigastre, c'est à peine, quand on l'interroge, si elle lui reconnaît une intensité plus grande dans la région iliaque droite.

Notons aussi cette infection secondaire propagée d'abord au poumon gauche, puis à la plèvre, nous la retrouvons dans nombre d'observations, entre autres dans l'observ. III de Mixter ; observ. XXXIII de Bouveret ; observ. XLI de Budin ; observ. XLVIII de Lagoutte ; observ. LIX de Broussolle. Voyons dans le cas qui nous occupe combien a été heureuse l'idée de cette ponction capillaire qui a permis de constater la présence du pus avant que le liquide pleural fut devenu franchement purulent. Cette constatation a permis de faire un empyème hâtif, opportun, qui certainement a été cause d'une rapide guérison, avant que d'autres phénomènes d'infection aient eu le temps de se manifester.

Nous avons rapporté tout à l'heure l'hésitation du

diagnostic en présence de la première crise d'appendicite, lente à s'affirmer à cause du défaut de localisation franche des symptômes. A la deuxième attaque, au contraire, le début a été rapide, typique, tous les symptômes habituels de l'appendicite se donnent rendez-vous à la même heure. La marche dans cette rechute est pour ainsi dire foudroyante : la femme, bien portante le 15, se purge : le lendemain 16 le pouls est à 128, la température à 38° ; elle est plongée dans un état semi-comateux ; on opère, il y a déjà du pus. Comment concilier cette marche ultra-rapide avec l'opinion des auteurs qui veulent que l'appendicite soit hors de cause après une première atteinte, quand il y a déjà eu un foyer purulent ?

Remarquons enfin que dans cette observation comme dans celles de Legendre et de Vinay, les faits sont en contradiction avec l'opinion de Dieulafoy, qui refuse à l'entérocolite un rôle étiologique dans la production de l'appendicite.

OBSERVATION LXI (inédite). — Due à M. le docteur Fontagny.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, primipare. — A toujours eu à se plaindre d'une constipation opiniâtre.

Antécédents de famille. — Son père, au cours de son existence, a, à deux reprises différentes, été atteint d'appendicite, il a toute sa vie été sujet à des affections intestinales variées.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, M^{me} X... fut atteinte d'une affection intestinale diagnostiquée alors typhlite et pérityphlite par M. le professeur Potain. Tous les phénomènes présentés par la malade à ce moment et rapportés par elle aujourd'hui, ne laissent aucun doute ; il s'agissait alors certainement d'une première atteinte d'appendicite. Un traitement médical approprié fut suivi par elle pendant un temps très long ; elle guérit complètement, et à part sa constipation habituelle, M^{me} X... n'a jamais cessé jusqu'à ce jour de jouir d'une santé parfaite.

Mariée en 1898, elle devint enceinte presque immédiatement. Au troisième mois de sa grossesse, dans le courant de septembre dernier, elle eut, à la suite de fatigues occasionnées par un long voyage en chemin de fer, une menace d'avortement. Il survint quelques hémorrhagies qui s'arrêtèrent par le repos et les opiacés. Huit jours après, elle gardait encore le lit, quand survint brusquement une crise d'appendicite des mieux caractérisées.

Elle eut, au milieu de la nuit, des vomissements répétés, des coliques abdominales violentes; le lendemain au matin, en explorant la région iliaque droite, on déterminait une douleur intense exagérée surtout au point de Mac Burney; on constatait une hyperesthésie de toute la paroi, une défense musculaire extrême. 24 heures après, il était survenu un empatement considérable dans la région appendiculaire, avec augmentation de la douleur au toucher vaginal dans le cul-de-sac droit. Le pouls était rapide, petit, la température était restée normale.

Le traitement médical fut institué, diète absolue, glace intus et extra, opium à l'intérieur.

Cet état persista environ huit jours, puis s'amenda; peu à peu tous les phénomènes disparurent, l'empatement se résorba.

M^{me} X... guérit complètement, la grossesse suivit son cours. L'accouchement se fit à terme, l'enfant était assez chétif, il ne pesait que 2 kilos.

Son père et sa mère étant tous deux très robustes et d'une taille au-dessus de la moyenne, l'auteur se demande si l'appendicite, sans interrompre le cours normal de la grossesse, n'aurait pas diminué *in utero* la vitalité de l'enfant.

Depuis sa couche, M^{me} X... n'a pas cessé de jouir d'une santé excellente.

Pronostic

Si nous envisageons le pronostic de l'appendicite survenant dans la période puerpérale et si nous considérons ce qu'il est advenu pour les mères dans les 61 cas que nous rapportons, nous constatons que du côté maternel il y a eu 16 morts. La mortalité générale est donc environ de 26 %. Si nous rapprochons ce chiffre de celui du Dr Armstrong (de Montréal) qui a réuni 517

cas d'appendicite avec une mortalité moyenne de 12,8 %, nous voyons que la grossesse vient assombrir singulièrement le pronostic de l'appendicite puisqu'elle augmente les risques de plus de moitié pour les femmes enceintes.

Si nous ne considérons que les femmes opérées, et ce sont en général les cas les plus graves, la mortalité est certainement plus considérable. Sur 43 femmes opérées nous relevons 13 décès, ce qui donne une mortalité de 30 %. La mortalité est moindre chez les femmes qui n'ont pas subi d'opération, puisque sur 18 femmes qui ont suivi le traitement médical nous ne relevons que deux décès, soit une moyenne de 11 %. Cet écart si grand entre ces deux chiffres, 30 % pour le traitement chirurgical et 11 % pour le traitement médical, demande à être expliqué. Il tient certainement, et nous en avons la preuve en lisant nos observations, à ce fait que l'opération a été évitée quand on a eu affaire à des appendicites frustes ou du moins offrant un cortège symptomatique peu imposant.

Cette considération nous fera pourtant un devoir de ne pas repousser *a priori* le traitement médical, puisque, 18 fois sur 51 cas, il a suffi pour assurer la guérison.

Si maintenant nous examinons quel a été, pour les enfants, le résultat de l'influence de l'appendicite, le tableau sera beaucoup plus noir encore que pour les mères.

Sur les 61 femmes dont nous rapportons les observations, 51 fois seulement les auteurs ont consigné les résultats concernant les enfants. Sur ces 51 cas, nous avons relevé seulement 26 enfants vivants ou inscrits avec la mention « la grossesse continue son cours », ce qui fait une perte de 50 %.

La complication la plus fréquente est l'avortement, qui peut survenir à toutes les périodes de la grossesse et que l'on note dans près de la moitié des cas.

Pour l'expliquer, on ne peut qu'invoquer l'infection, qu'elle ait lieu par contiguïté ou par continuité, qu'elle suive la voie sanguine ou, ce qui est plus probable, la voie lymphatique.

Bon nombre des enfants notés comme vivants à terme, et dont nous avons pu suivre la trace, sont morts à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, des suites d'une infection contractée *in utero* comme nous l'avons vu dans les observations XX de Schaie, XXVI d'Abrahams, LI de Bouilly, ou sont venus au monde dans un état de débilité extraordinaire comme le signale le docteur Fontagny dans l'observation LXI.

Traitement

Il existe deux sortes de traitement de l'appendicite dans la période puérpérale :

1° Le traitement chirurgical ;

2° Le traitement médical.

Voyons dans quels cas nous nous adresserons à l'un ou à l'autre de ces deux traitements, et plaçons-nous de suite sur le terrain pratique.

Prenons d'abord les cas les plus graves, mais qui sont aussi les plus fréquents.

Le médecin est appelé auprès d'une femme enceinte qui présente en même temps tous les signes d'une appendicite indiscutable.

Supposons : 1° Que la femme enceinte présente les signes manifestes d'une infection péritonéale suraiguë;

2° Que la femme enceinte offre des signes d'une infection certaine, localisée du péritoine.

Que faire ?

Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas à hésiter ; dans ces deux cas, on doit toujours opérer, et cela le plus tôt possible. C'est dans ces deux cas que nous acceptons dans toute sa rigueur la formule de M. le professeur Dieulafoy : « Il n'est pas de traitement médical de l'appendicite », et la même de M. le professeur Pinard : « Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention. »

En effet : 1° S'il s'agit d'une péritonite suraiguë au cours de la grossesse, malgré le peu de chances qui peuvent rester à la malade, la mort étant fatale si on n'opère pas, nous devons toujours, les chances de succès ne seraient-elles que de 1/100, faire une laparotomie immédiate, sans nous laisser décourager par les symptômes généraux si graves qu'ils soient.

2° S'il s'agit d'une péritonite localisée, c'est un abcès que l'on a à soigner, et là encore, l'indication d'opérer est impérieuse. L'intérêt de la mère n'est pas seul en jeu ; il s'agit aussi de l'enfant. Nous avons vu dans nos observations que dans la plupart des cas, un foyer d'infection appendiculaire était une cause d'avortement pour l'enfant, souvent une cause de mort pour la mère, à cause de la généralisation toujours à craindre.

Il importe donc, aussitôt que la présence du pus est constatée dans la région cœcale d'une femme enceinte, de l'en débarrasser au plus tôt, par une incision pratiquée au centre même de la tuméfaction ; là où on sent le pus, sans attendre, parce que plus nous attendrons, plus nous diminuerons nos chances de succès. Il n'importe pas ici, d'enlever à tout prix l'appendice perforé,

mais de donner le plus tôt possible issue au pus. Il est bien évident que si l'appendice vient sous le doigt, ou si on peut le dégager sans occasionner de déchirures, sans rompre des adhérences utiles, il n'y a pas à hésiter, il faut l'enlever, mais il ne faut pas s'acharner à sa recherche. Ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est l'infection de la grande cavité péritonéale.

Si on laisse l'appendice en place, et si on se borne à l'ouverture de l'abcès, on fait une opération d'une bénignité relative, mais on s'expose à la récurrence.

En résumé, toutes les fois que le chirurgien doit intervenir dans l'appendicite, il le doit à plus forte raison quand l'appendicite vient compliquer la grossesse, et cela surtout, parce que dans ce dernier cas, il y a deux vies à sauver, celle de la mère et celle de l'enfant.

L'état de grossesse n'est plus une contre-indication. Nous voyons que presque toutes les femmes citées dans nos observations, qui ont été opérées dans de bonnes conditions, c'est-à-dire assez tôt, ont guéri et ont vu continuer leur grossesse.

Indépendamment de ces deux cas où l'hésitation n'est pas permise, tous les autres cas ne doivent pas encore être traités médicalement. Cherchons à déterminer quand il y a lieu de cesser le traitement médical.

On est en présence d'une appendicite au début. Il n'y a pas encore de péritonite généralisée, bien qu'elle puisse être menaçante et que souvent le météorisme et les douleurs étendues à tout l'abdomen puissent la faire redouter ; il n'y a pas non plus d'abcès collecté, mais seulement de la douleur et surtout de la défense de la paroi, l'état général est plus ou moins grave (vomissements, discordance entre la température et le

pouls, qui atteint quelquefois 120 à 140 pulsations, subictère, urobilinurie, albuminurie) ; que faire ? Faut-il temporiser ? Faut-il aller à la recherche de l'appendice malade et non encore perforé, comme cela se voit dans certaines observations ?

Nous croyons ici encore qu'il faut plutôt intervenir d'une façon précoce. Nous n'admettons la temporisation (sous prétexte d'attendre que le pus se collecte ou s'isole), que si l'état général est bon, que s'il n'y a pas ou peu de température et surtout s'il existe un bon pouls.

On empêchera ainsi le plus souvent l'incendie de se propager à la grande séreuse.

Est-ce à dire qu'il faille opérer aux premiers soupçons d'appendicite ? Quand tous les symptômes ne sont pas au complet, quand manque en partie la trinité de M. le professeur Dieulafoy : *1° douleur très vive localisée au point de Mac Burney, 2° défense musculaire, 3° hyperesthésie cutanée très accentuée*, nous ne le croyons pas. Les formules précédentes sont ici trop radicales et nous les trouvons excessives.

Quand nous serons en présence d'une appendicite probable, mais où les symptômes ne sont pas au complet, quand elle ne sera qu'à l'état d'ébauche, quand le pouls ne sera pas rapide, le faciès pas grippé, on devra appliquer le traitement médical dans toute sa rigueur. Ce traitement consistera en ceci :

1° Repos absolu, 2° opium à l'intérieur ou piqûre de morphine, 3° applications de glace sur le ventre.

Il faudra surtout s'abstenir de purgatifs et combattre la constipation avec des lavements glycélinés.

Mais si, après quelques jours de traitement, l'amélioration attendue ne se produit pas, si les symptômes

paraissent plutôt s'aggraver, il faut cesser le traitement médical et recourir à l'opération.

Il résulte aussi de plusieurs de nos observations que, comme l'a fait observer M. le professeur Pinard (1),
« dans la période d'activité sexuelle, si une jeune
« femme non encore enceinte ou une jeune fille présente des poussées d'appendicite, il est d'une sage
« prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus
« tôt possible afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité
« future. »

(1) Académie de médecine, mars 1898.

CONCLUSIONS

Nous avons réuni dans notre thèse soixante et une observations dont quatre inédites. C'est avec ces documents que nous avons cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'appendicite peut compliquer l'état puerpéral à toutes ses périodes, soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches. Cette complication doit cesser d'être considérée comme un fait rare.

2° L'état puerpéral ne paraît pas, pour le moment du moins, être un facteur étiologique très important de l'appendicite chez la femme ; mais cet état spécial n'est pas pour cela une quantité négligeable.

3° La grossesse vient assombrir le pronostic de l'appendicite, en favorisant la répétition des poussées inflammatoires.

4° L'action de l'appendicite sur la grossesse est néfaste, puisque, sur soixante et une observations, nous avons vu la grossesse interrompue quarante et une fois, c'est-à-dire 67 % des cas.

5° La mortalité chez la mère est singulièrement augmentée, puisque, en prenant l'ensemble des cas opérés

ou non, on trouve une proportion de 30 %, alors que la moyenne habituelle de mortalité dans l'appendicite, en dehors de l'état puerpéral, n'est que de 12.8 %.

6° La mortalité chez l'enfant est considérable; à peine la moitié des enfants viennent à terme, et bon nombre de ces derniers meurent d'infection dans la suite.

7° On n'oubliera pas que, dans l'état puerpéral plus qu'ailleurs, puisqu'il s'agit de deux vies à sauver, celle de la mère et celle de l'enfant, tous les cas d'appendicites indiscutables doivent être opérés le plus tôt possible. L'état puerpéral n'est pas une contre-indication.

8° On doit donc, à quelque période de la grossesse que ce soit :

Dans toute appendicite ayant déterminé une péritonite généralisée, quelque graves que puissent être les symptômes généraux, faire une laparotomie immédiate, parce que c'est la seule chance de salut que l'on puisse offrir à la mère et à l'enfant.

Dans toute appendicite ayant offert des symptômes bien nets, quand il existera un abcès purulent localisé, le voisinage d'un foyer purulent ne pouvant qu'être préjudiciable à la mère et à l'enfant, ouvrir et drainer le plus tôt possible. On enlèvera l'appendice quand on le rencontrera.

On réservera le traitement médical : immobilisation, glace sur le ventre, opium à l'intérieur, lavements glycerinés, pour les cas d'appendicite sujets à discus-

sion, à symptômes frustes ou incomplets, à évolution particulièrement bénigne. Dans ce cas, on surveillera attentivement sa malade en se tenant prêt à intervenir à la première complication.

9° Après l'accouchement, toute puerpéralité cessant, se pose la question de la résection à froid de l'appendice, qui, à présent, est résolue par l'affirmative.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PONCET.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- THOMASSON, Medical Record New-York, 1895, XLVIII, pp. 407, 409.
- ABRAHAMS, American J. of Obstetric, 1897, t. XXXV, p. 205.
- BAYLEY, New-York Med. Rec., 16 mars 1895.
- BLACK, Annales of. Gynec. and. Pœd., juin 1897, vol. X, p. 525.
- BULL, New-York Med. Rec., 20 avr. 1890. Boston Med. J. 1888.
- CRUTCHER, New-York Med. Rec., 1896, sept., p. 461.
- HARRISON, New-York Med. Rec., 1895, janvier, p. 29.
- HIRST, Rep. from. Ann. Gyn. and Pœd. Proc. Phil. Obst. Soc., 1890-91, p. 75.
- MAC ARTHUR, Cincin. Lancet Clin., 1895.
- MAC BURNEY, New Med. Journ., p. 749, t. XLVII, p. 188.
- MIXTER, Boston Med. and. Surg. J. 1891, t. XXV, p. 697.
- MUNDÉ, New-York Med. Record, 1894, t. XLVI, p. 678; Med. Rec., 1895, XLVIII,
- PENROSE, Ann. J. Obstetric, 1896, p. 253.
- SCHAE, cité par Abrahams : Americ. J. of Obst., 1897, t. XXXV, p. 205.
- STIMSON, New-York Med. J., 25 octobre 1890, p. 449.
- THOMASSON, Med. Rec. New-York, 1895, XLVIII.
- TRÈVES, Soc. Med. Chir. Londres, 11 juin 1889; Woods monographie, août 1891.
- WIGGIN, Med. Record, 23 janvier 1892, p. 109.
- Bulletins de l'Académie de Médecine, 1896-1897.
- LEGENDRE, Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897.
- CLADO, Société de Biologie, 1892.
- TALAMON, De l'Appendicite.
- BOUILLER, thèse de Lyon, 30 novembre 1897.
- JARCA, thèse de Lyon, 13 janvier 1898.

TUFFIER, Revue d'Obstétrique et de Pœdiatrie, n° 112, 1897,
Calcul de l'uretère et de l'appendice.

VINAY, Lyon médical, janvier 1898.

TESTUT, Traité d'Anatomie, tome III, 2^e fasc., p. 562.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1898-1899.

LE DENTU et DELBET, Traité de Chirurgie clinique et opératoire,
t. VII.

BEAUSSÉNAT, thèse de Paris, 1897.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1899.

Médecine moderne, 1897-1898.

Revue d'Obstétrique et de Pœdiatrie, 1897, p. 206.

DÜRHOSEN, Société allemande de Chirurgie, avril 1899.

MOIZARD, J. DE LUCAS, CHAMPIONNIÈRE, juillet 1899.

